

200.2013.864.CM

BEP/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du juge unique du 1<sup>er</sup> juillet 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge  
Ph. Berberat, greffier



**A.** \_\_\_\_\_

recourant

contre

**Groupe Mutuel, B.** \_\_\_\_\_  
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny  
intimé

relatif à une décision sur opposition rendue par ce dernier le 2 septembre 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1982, est assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10) auprès du Groupe Mutuel, B. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assureur-maladie). Le 15 octobre 2012, le dentiste traitant de l'assuré a adressé à l'assureur-maladie un devis de traitement dentaire d'un total de Fr. 1'447.70. Par courrier du 6 novembre 2012, l'assureur-maladie a informé le dentiste traitant qu'il ne prendrait en charge le traitement envisagé que partiellement.

Après les objections formulées le 26 février 2013 par l'assuré et le 11 mars 2013 par le dentiste traitant, l'assureur-maladie a rendu en date du 15 avril 2013 une décision formelle confirmant le refus partiel de la prise en charge du traitement par l'assurance obligatoire.

**B.**

Nonobstant l'opposition formée par l'assuré en date du 8 mai 2013, accompagnée d'une prise de position du dentiste traitant, l'assureur-maladie, par prononcé du 2 septembre 2013, a confirmé le refus partiel du remboursement du traitement dans la décision formelle du 15 avril 2013.

**C.**

Par acte posté le 1<sup>er</sup> octobre et complété le 16 octobre 2013, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif (TA) contre la décision sur opposition précitée du 2 septembre 2013 et conclu, sous suite des frais de procédure, à la prise en charge par l'assureur-maladie de l'intégralité du traitement des dents n° 37 et 47 (Fr. 935.55 selon plan de paiement du 15 juin 2013; voir aussi lettre du 10 décembre 2013), en plus des coûts

acceptés d'extraction des dents de sagesse voisines (Fr. 974.95 selon complément au recours du 16 octobre 2013).

Dans son mémoire de réponse du 16 décembre 2013, complété le 24 janvier 2014, l'assureur-maladie conclut au rejet du recours.

Le recourant n'a pas produit de réplique dans le délai qui lui avait été imparti à cet effet.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 2 septembre 2013 (rendue sur le papier à lettres d'une autre assurance-maladie affiliée au même groupe, mais ratifiée en procédure judiciaire) représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette partiellement la demande de prise en charge de soins dentaires présentée par l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et le remboursement de l'intégralité des coûts du traitement dentaire en question.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3.** La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe à la juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 et 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie sont décrites de manière générale à l'art. 25 LAMal. Il s'agit en premier lieu de prestations des médecins, mais aussi des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (ATF 129 V 80 c. 1.1, 128 V 135 c. 2a, 127 V 328 c. 2).

**2.2** Les prestations des dentistes ne sont pas mentionnées à l'art. 25 LAMal. Les coûts des soins dentaires ne doivent être assumés par l'assurance obligatoire, en cas de maladie, que dans une mesure restreinte, s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal), ou par une autre maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. b LAMal), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. c LAMal).

Sur la base de l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal en corrélation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102), le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) a énuméré ces prestations fournies par les dentistes aux art. 17 à 19a de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, RS 832.112.31). L'art. 17 OPAS définit les maladies graves et non évitables du système de la mastication occasionnant des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire. L'art. 18 OPAS décrit les maladies graves et leurs séquelles, qui sont susceptibles de donner lieu à des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire; à cet égard, les maladies ou leurs séquelles doivent pouvoir être qualifiées de graves, mais en revanche pas l'atteinte au système masticateur qui en découle (ATF 127 V 339 c. 2b). L'art. 19 OPAS énumère les maladies graves pour lesquelles les soins dentaires

font obligatoirement partie intégrante du traitement qu'elles nécessitent. Enfin, l'art. 19a OPAS a trait aux prestations obligatoirement prises en charge par l'assureur-maladie en cas d'infirmités congénitales.

Dans les cas où les dentistes procèdent à des traitements médicaux dans la cavité buccale qui ne constituent pas des traitements dentaires au sens étroit, mais qui sont néanmoins presque exclusivement effectués par des dentistes, ces derniers sont aussi reconnus comme fournisseurs de prestations au sens de la LAMal (ATF 128 V 135 c. 6, 143 c. 5). Alors qu'en cas de maladie au sens de l'art. 25 LAMal, les coûts d'un traitement médical sont pris en charge par l'assurance obligatoire, la prise en charge des traitements dentaires au sens propre du terme répond aux conditions particulières de l'art. 31 al. 1 LAMal en corrélation avec les art. 17 ss OPAS (ATF 128 V 143 c. 5).

**2.2** Dans l'ATF 124 V 185, le Tribunal fédéral des assurances (TFA, ancienne dénomination des Cours du TF traitant de droit social) a considéré que la liste des atteintes mentionnées aux art. 17 à 19 OPAS, qui sont de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire, était exhaustive. Il a confirmé par la suite cette jurisprudence constante (ATF 129 V 80 c. 1.3, 128 V 135 c. 2c).

**2.3** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective, indépendamment de leur provenance, et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné

l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

### **3.**

Est contestée en l'espèce la question de la prise en charge des coûts du traitement des caries des dents nos 37 et 47 du recourant par l'assurance obligatoire au titre des soins dentaires selon l'art. 31 al. 1 LAMal en corrélation avec les art. 17 à 19 OPAS.

**3.1** L'intimé, dans sa décision sur opposition du 2 septembre 2013, a refusé d'assumer les coûts du traitement dentaire litigieux, limitant ses prestations à l'extraction de deux dents de sagesse n<sup>os</sup> 38 et 48, aux motifs que les caries ne figuraient pas dans la liste exhaustive des soins dentaires pris en charge d'après les art. 17 à 19a OPAS et ne représentaient pas une maladie grave; au surplus, toujours d'après l'intimé, elles sont évitables avec les moyens d'hygiène buccale actuels.

**3.2** Le recourant fait pour sa part valoir, en substance, qu'il apparaît incohérent de prendre en charge les coûts de l'extraction de deux dents de sagesse, en tant que maladie grave du système masticatoire, et de refuser de supporter les coûts des lésions des dents voisines dues au mauvais positionnement de ces deux dents de sagesse. A l'appui de l'opposition et du recours, il a produit une attestation de son dentiste traitant décrivant, de l'avis de ce dernier, l'impossibilité de gérer les zones distales en question par des soins d'hygiène efficaces.

#### **4.**

**4.1** Ainsi que cela a déjà été mentionné plus haut (c. 2.2), l'art. 17 OPAS mentionne de manière exhaustive les hypothèses dans lesquelles l'assurance obligatoire prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables du système de la mastication. Or, il faut constater tout d'abord que la carie dentaire n'est pas mentionnée en tant que telle dans cette liste exhaustive et que son traitement n'est dès lors, à ce titre, pas d'emblée à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ce n'est dès lors que s'il se situe dans le cadre du traitement des autres affections mentionnées aux art. 17 à 19a OPAS, que le traitement de la carie dentaire pourrait éventuellement relever de l'assurance obligatoire des soins. On soulignera au surplus que selon une jurisprudence constante, est considérée comme "évitabile" toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 275 c. 3.3 et références).

**4.2** Le recourant invoque en particulier que les caries des dents n<sup>os</sup> 37 et 47 sont apparues au point d'achoppement avec les deux dents de sagesse dont l'extraction a été prise en charge par l'intimé, et qu'elles étaient dues non pas à un manque d'hygiène, mais bien à l'impossibilité d'y accéder en raison du mauvais positionnement des dents de sagesse. Dans ce sens, il fait implicitement valoir la prise en charge par l'intimé des coûts du traitement des caries en question dans le cadre de l'extraction des dents de sagesse n<sup>os</sup> 38 et 48, au titre de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS (dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiés de maladie). Il se réfère aux radiographies des dents concernées et à une prise de position de son dentiste traitant qu'il produit à l'appui de son recours (dos. rec. 2 et 6). Le praticien y expose que selon lui, il est fort peu probable qu'un moyen d'hygiène standard ou interdentaire eût été capable d'entretenir une hygiène correcte de ces deux zones, du fait que les caries se situaient sous le collet des molaires 37/47, au niveau radiculaire, et que la gencive, par la présence des dents de sagesse, se trouvait 3 à 4 millimètres au-dessus de ces zones.

Appelé à prendre position, le médecin-dentiste conseil de l'intimé a réfuté ces arguments dans un rapport du 20 août 2013 (dos. intimé 12). Selon lui, avec les moyens d'hygiène actuels (fil dentaire, solution fluorée, brosse ultrasonique), il est tout à fait possible de nettoyer toutes les faces dentaires, même les plus difficiles d'accès. Il précise que la pseudo-poche qui s'était créée derrière la face distale des dents 37 et 47, signalée par le dentiste traitant l'assuré, n'était pas un espace clos et qu'il était tout à fait possible de nettoyer cet endroit. Il conclut que les caries qui se sont développées sur la face distale des molaires 37 et 47 de l'assuré étaient donc évitables. Enfin, le médecin-dentiste conseil ajoute qu'il est faux de prétendre que la carie est une maladie grave, s'agissant d'une des maladies infectieuses les plus répandues sur la terre se soignant tous les jours dans tous les cabinets dentaires du monde d'une manière très simple et rapide.

**4.3** Cela étant, le point de vue du recourant ne peut être suivi. Au vu du dossier, il convient d'abord de reconnaître aux caries des dents n<sup>os</sup> 37 et 47 un caractère d'affection indépendante par rapport aux dislocations des

dents de sagesse n<sup>os</sup> 38 et 48. Contrairement à ce que semblent penser le recourant et son dentiste, les "germes dentaires surnuméraires" mentionnés à l'art. 17 let. a ch. 1 OPAS doivent être compris comme des dents surnuméraires non encore entièrement formées et non comme des germes infectieux cariogènes. L'art. 17 let. a ch. 1 OPAS signifie que sont prises en charge, au titre de maladies graves du système de mastication, les dislocations dentaires (cas du recourant) et les dents ou germes de dents surnuméraires pouvant être qualifiés de maladies graves parce qu'ils se manifestent par des abcès ou kystes (voir ATF 127 V 391, notamment c. 3 et 4). Les germes dentaires ne recouvrent pas la notion de caries. Celles-ci ne sont pas des maladies graves du système de la mastication. En outre, elles sont évitables. En l'espèce, s'il faut admettre, au vu des radiographies produites, que le mauvais positionnement des dents de sagesse était susceptible de favoriser l'apparition de caries sur les dents voisines n<sup>os</sup> 37 et 47, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de deux atteintes bien distinctes, dont la seconde ne découle pas forcément ni inévitablement de la première. Les termes de l'art. 17 OPAS limitent au demeurant la prise en charge des maladies du système de la mastication à la mesure que le traitement de l'affection exige (ce qui couvre en l'occurrence les frais d'extraction des dents de sagesse disloquées, mais n'englobe pas en soi les soins susceptibles d'être en lien de causalité avec les dents mal positionnées). Par ailleurs, pour en revenir au caractère évitable des caries, si l'exiguïté de l'espace interdentaire entre les dents de sagesse n<sup>os</sup> 38 et 48, d'une part, et les molaires n<sup>os</sup> 37 et 47, d'autre part, ne facilitait certes pas l'hygiène buccale régulière de cette zone interstitielle, il n'en demeure pas moins qu'elle ne s'avérait pas impossible, selon un degré de vraisemblance prépondérante.

A cet égard, le rapport du dentiste-conseil de l'intimé s'avère convaincant; il s'est prononcé en parfaite connaissance du dossier médical du recourant et a pris en considération tous les aspects liés au traitement litigieux, de sorte qu'une pleine valeur probante peut lui être reconnue. Au demeurant, on relèvera que le dentiste traitant du recourant, dans son rapport précité (c. 4.2 ci-dessus), a estimé qu'il était "fort peu probable", mais non pas impossible, qu'un moyen d'hygiène standard ou interdentaire suffise pour entretenir l'hygiène dentaire des zones en question. Il s'ensuit que le

dentiste traitant n'excluait manifestement pas la possibilité d'éviter lesdites caries par des mesures d'hygiène dentaire appliquées soigneusement, même s'il devait s'agir de moyens allant au-delà de la moyenne; par conséquent, on ne saurait en déduire un caractère d'emblée inévitable des caries dont la prise en charge du traitement est litigieuse.

**4.4** En conséquence, il faut retenir d'une part que le traitement des caries des dents n<sup>os</sup> 37 et 47 ne peut être compris dans celui de la maladie grave que représente, en l'espèce, la dislocation des dents de sagesse n<sup>os</sup> 38 et 48. D'autre part, eu égard à ce qui précède et à l'instar des considérations de l'intimé dans son mémoire de réponse, les caries en question ne présentent pas un caractère non évitable. Les conditions d'une prise en charge de leur traitement sous l'angle d'une maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS ne sont donc pas remplies. En outre, une prise en charge des coûts du traitement en cause sous l'angle des atteintes mentionnées aux art. 18 à 19a OPAS s'avère d'emblée exclue, et n'est au demeurant pas invoquée. C'est dès lors à bon droit que l'intimé, dans sa décision sur opposition du 2 septembre 2013, a confirmé le refus de prendre en charge les coûts du traitement desdites caries au titre de l'assurance obligatoire des soins.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

**5.2** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

**5.3** Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens, ni d'indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

La juge:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).