

du 6 mars 2001

dans la cause

Madame F. B.

\_\_\_\_\_ contre

X. CAISSE MALADIE

**EN FAIT**

1. Madame F. B., née en 1959, originaire de Malaisie, est domiciliée à Genève. Elle est assurée en matière d'assurance obligatoire des soins auprès d'X. caisse maladie (ci-après : la caisse ou X.), en application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).
  
2. Le 4 avril 2000, le mari de Mme B. a adressé à X. une demande de prise en charge d'un traitement de chirurgie maxillo-faciale que devait subir son épouse. Etait jointe à ce courrier une demande de prise en charge établie par le Dr H., spécialiste FMH-AMG chirurgie maxillo-faciale, aux termes de laquelle ce praticien exposait que Mme B. présentait une édentation distale bilatérale avec une perte totale de dimension verticale et une proalvéolie supérieure. Elle se mordait directement avec les dents supérieures sur le rebord alvéolaire inférieur, provoquant des douleurs et une incapacité de se nourrir correctement. En l'absence d'espace intermaxillaire, toute tentative d'appareillage était vouée à l'échec. Il avait élaboré un plan de traitement avec le Dr N. (médecin-dentiste traitant de Mme B., ndr.) ainsi que le Professeur J.. Il avait été finalement décidé d'envisager une solution fixe, sans orthodontie, à l'aide d'implants dentaires et une reconstruction par CCM. Mme B. présentait une affection avec douleurs et handicap majeurs de fonction. Une prise en charge pouvait être envisagée sur la base des articles 2, 25 et 31 LAMal et 17 f 2 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). Le devis établi par le Dr H. le 9 février 2000 était de l'ordre de CHF 36'500.- et celui du Dr N. du 17 février 2000 était de l'ordre de CHF 43'000.-.
  
3. La caisse a soumis le cas et le dossier radiologique de Mme B. à son médecin-dentiste-conseil, le Dr O.. Ce dernier a requis l'avis du Dr M., orthodontiste. Après avoir examiné le dossier de l'intéressée, le Dr M. a estimé que ce cas ne tombait pas sous le coup de l'article 31 LAMal, cas grave mais pas inévitable : les élongations des dents du maxillaire supérieur étaient dues à la perte prématurée des dents inférieures ou à la non adaptation régulière de la prothèse inférieure : donc évitable. Si l'on admettait tout de même l'article 31

LAMal, on ne pouvait pas parler de troubles graves de la déglutition mais de troubles de la mastication et de l'occlusion (avis du 28 juin 2000). Le 4 juillet 2000, le Dr O. a transmis son préavis à la caisse libellé comme suit : "B. F. (1959) (LAMal ?) : pas LAMal, car pas art. 31 (grave, mais pas inévitable)".

4. Le 18 juillet 2000, la caisse a informé M. B. que l'affection dont souffrait son épouse ne faisait pas partie de celle indiquée aux articles 17 à 19 du chapitre 5 de l'OPAS. Bien qu'il s'agisse d'une maladie grave, celle-ci n'est "pas évitable", selon l'article 31 LAMal. Le remboursement du traitement n'était pas à charge de la caisse.

5. Un échange de correspondance s'en est suivi. Dans son courrier du 14 août 2000, la caisse a présenté ses excuses pour l'erreur commise précédemment. Il s'agissait bien d'une maladie grave, mais pas inévitable.

Considérant ce courrier comme une décision formelle, M. B. y a fait opposition, laquelle a été rejetée par décision du 25 août 2000.

6. L'intervention de chirurgie maxillo-faciale a eu lieu à la clinique Générale-Beaulieu le 6 septembre 2000. Le Dr H. a confirmé que Mme B. souffrait d'une malposition du maxillaire supérieur (dysgnathie) qui rendait la mastication déficiente (dent contre gencive au lieu de dent contre dent). La situation était à un tel point pathologique, que même un simple appareillage par prothèse était impossible. La perte des dents postérieures et inférieures dans la jeunesse était seulement en partie responsable. Il était fort probable qu'une malformation osseuse (béance osseuse) préexistante (problèmes de croissance) ait été à l'origine et ait favorisé la dégradation fonctionnelle. Il s'agissait d'une pathologie selon l'article 2 LAMal accompagnée par une pathologie dentaire non évitable selon les articles 31 LAMal et 17 f OPAS. Le Dr H. précisait encore qu'il n'avait rencontré cette pathologie que trois fois en neuf ans d'activité. C'était donc très rare. L'absence dentaire postérieure inférieure était en revanche très fréquente et sans conséquence majeure sur le squelette du maxillaire supérieur. On ne pouvait donc pas évoquer que la perte des dents soit responsable de cette malformation (certificat médical du 11 septembre 2000).

M. B. a transmis ce certificat à la caisse

l'informant qu'il serait produit lors de la procédure judiciaire.

7. Par acte déposé le 22 septembre 2000, Mme B. a saisi d'un recours le Tribunal administratif, fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances. La caisse admettait l'existence d'une maladie grave. Les parties divergeaient sur le caractère évitable ou non de cette dernière. Selon l'article 17 f chiffre 2 OPAS, étaient considérées comme des maladies graves et inévitables du système de la mastication les dysgnathies provoquant des affections pouvant être qualifiées de maladies, telles que (...) troubles graves de la déglutition. La caisse n'avait pas la capacité de faire acte de législateur et de qualifier d' "évitable" une affection décrite comme "non évitable" par le Conseil fédéral. Elle a conclu à ce qu'X. soit condamnée à prendre en charge le traitement préconisé par les Drs H. et N..
8. Dans sa réponse du 24 octobre 2000, la caisse s'est opposée au recours, faisant fond sur l'appréciation du Dr O.. La question du caractère évitable ou non de la maladie dont souffrait Mme B. n'avait pas besoin d'être tranchée dès lors que l'affection ne figurait pas dans la liste exhaustive de l'OPAS. L'affection telle que décrite par le Dr H. n'avait pas les caractéristiques de la notion juridique de "troubles graves de la déglutition". Il s'agissait au contraire de troubles de la mastication et de l'occlusion qui n'entraient pas dans le cadre de l'article 17 lettre f chiffre 2 OPAS.
9. Le tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 17 janvier 2001. Il a également entendu les Drs H., N. et O..
  - a. Le Dr H. a confirmé que la maladie dont souffrait Mme B. et qui était décrite dans la demande de prise en charge du 29 mars 2000 devait être qualifiée de grave et n'était pas évitable. Le Dr H. a relevé que Mme B. était née en Malaisie où elle avait vécu jusqu'à l'âge de 15 ans environ. A cette époque-là et dans un pays tel que la Malaisie, la nourriture de base était constituée de sucre. C'est cet aliment qui avait détruit les dents de Mme B.. Les radiographies permettaient d'établir que Mme B. avait perdu les molaires inférieures très jeune, sans doute bien avant l'âge de 15 ans. La denture de la mâchoire supérieure était maintenue mais du fait de l'absence de dents de la mâchoire inférieure, toute la

mâchoire postérieure supérieure s'était affaissée vers le bas, de telle sorte que Mme B. mâchait sur ses propres gencives. Un tel affaissement était rare. A ce stade, le médecin-dentiste ne pouvait rien faire, en particulier un appareillage n'était pas possible, raison pour laquelle il avait été interpellé. Il avait pratiqué une intervention purement chirurgicale hors de la région alvéo-dentaire. Il s'agissait en résumé de rehausser la mâchoire supérieure en enlevant une tranche d'os, opération appelée aussi Le Fort 1. La maladie dont souffrait Mme B. constituait des troubles graves de la mastication et de la déglutition. Le tribunal a soumis au témoin l'attestation du Dr M. du 28 juin 2000. Le témoin a relevé que ce praticien était orthodontiste et que le cas de Mme B. dépassait largement cette spécialité. En outre, cet avis était basé sur des radiographies mais cela était insuffisant : un avis circonstancié nécessitait l'examen du patient et une anamnèse, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. Quant à l'avis du Dr O. du 4 juillet 2000, il n'appelait aucun commentaire. Le témoin a encore précisé que suite à son intervention, Mme B. était appareillable. Il n'avait pas été appelé à se prononcer sur le type d'appareillage mais il lui semblait qu'une solution fixe était adéquate.

b. Le Dr N. a également confirmé que la maladie dont souffrait Mme B. pouvait être qualifiée de grave et non évitable. Lorsque Mme B. l'avait consulté, le pont de la mâchoire supérieure était complètement descellé. Protétiquement parlant, il était techniquement possible de le refaire, mais avec des chances de succès moindres, étant donné l'absence de dents d'appui de la mâchoire inférieure au niveau postérieur. Le seul point d'appui pour la mastication était constitué par les dents de sagesse. Les dents postérieures de la mâchoire supérieure étaient en contact avec la gencive inférieure et les dents antérieures de la mâchoire inférieure étaient en contact avec la gencive supérieure. Il était impossible de rétablir une fonction masticatrice sans avoir recours à la chirurgie. Il était tout au plus possible de refaire le bridge avec des moyens plus performants que ceux qui avaient été utilisés. Cette mesure aurait permis à Mme B. de sourire, mais n'aurait nullement résolu le problème fonctionnel. S'agissant du caractère évitable de la maladie, le témoin a précisé qu'il lui était très difficile de répondre. Une réponse précise commanderait de connaître toute l'anamnèse et en particulier la cause de la perte des dents. En tout état, l'on se trouvait dans une situation tellement grave qu'il était difficile

d'imaginer que la seule perte des dents en était responsable. Il y avait peut-être une malformation osseuse, mais il n'avait aucun renseignement clinique sur ce point. Les différentes pathologies dont souffrait Mme B. induisaient des troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation.

S'agissant de la reconstruction dentaire, il eût été possible de recourir à une prothèse amovible, mais la position des dents piliers de la mâchoire inférieure aurait conduit à un basculement de l'appareil lorsque Mme B. mangeait. Une telle solution n'aurait pas été fonctionnelle et la prothèse aurait sans doute fini dans un tiroir. L'autre solution était la pose d'implants. C'est celle qui avait été retenue. La préparation de la mâchoire inférieure afin que le Dr H. puisse poser les implants était imminente.

Le témoin a confirmé avoir eu connaissance des avis des Drs M. et O.. S'agissant du premier, il ne partageait pas son point de vue sur la cause de la perte des dents de la mâchoire inférieure. Les examens et les études qu'il avait faites sur le cas de Mme B. l'amenaient à penser qu'il y avait à la base un problème osseux et que la perte des dents en était la conséquence. Il en voulait pour preuve que le seul point de contact entre les deux mâchoires se situait au niveau des dents de sagesse et que même si l'on reconstruisait les dents de sagesse inférieures dans leur état originel, il restait une importante divergence osseuse. Quant à l'avis du Dr O., il n'était pas motivé et il n'avait rien à en dire. Le témoin a encore précisé que dans le cas de Mme B. les dents de sagesse avaient des caries secondaires à une reconstruction et que toutes les dents vivantes étaient exemptes de caries.

c. Le Dr O. a confirmé qu'il n'avait pas vu Mme B.. Il n'avait pas pris contact avec les Drs H. et N. dans le cadre de cette affaire.

L'affection qui était décrite par le Dr H. était en relation avec les troubles de la déglutition, ce qui l'avait poussé à prendre l'avis d'un orthodontiste. Il était tout à fait d'accord avec les constatations et les conclusions du Dr M. du 28 juin 2000.

L'affection dont souffrait Mme B. était grave, mais pas inévitable. En effet, la perte des molaires et des prémolaires était évitable et elle était intervenue

soit par suite de caries, soit par atteinte parodontale. Il y avait donc eu négligence de Mme B. à laquelle on pouvait reprocher un manque d'hygiène et de soins dentaires. Le caractère inévitable de la LAMal était lié au fait que le patient ne pouvait pas intervenir sur une anomalie de la nature comme par exemple une dent de sagesse poussant à l'horizontale ou une canine dans le palais. Dans le cas de Mme B., il a exclu qu'une malformation osseuse puisse être la cause de la perte des dents. L'affection dont souffrait Mme B. était un trouble de la mastication et non pas de la déglutition. Le cas de Mme B. lui avait paru être relativement simple, raison pour laquelle il n'avait pas demandé l'avis d'un chirurgien maxillo-facial. Il a précisé encore que le traitement tel qu'il avait été préconisé n'était pas discuté et il était adéquat.

d. Le Dr M. dûment convoqué pour cette audience a confirmé au tribunal qu'il ne désirait pas se présenter. Comme indiqué dans son rapport, il partageait l'opinion du Dr O. et son témoignage serait identique à celui de ce dernier.

e. Mme B. a versé aux débats les notes d'honoraires du Dr H. pour l'intervention pratiquée au mois de septembre 2000 et s'élevant à CHF 7'524,95.

#### **EN DROIT**

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).
2. La valeur probante d'un rapport médical dépend du point de savoir si l'avis est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse du patient, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées; si ces conditions sont réunies aucune preuve supplémentaire ne saurait être administrée (ATA S. du 21 décembre 1999).

3. Le tribunal de céans a déjà eu l'occasion de préciser le rôle du médecin conseil tel qu'il est défini par l'article 57 LAMal : celui-ci doit examiner si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (ATA D. du 28 juillet 1998; B. du 29 septembre 1998). Étant donné la place accordée par la loi au médecin conseil, il y a lieu d'admettre que les principes développés par la jurisprudence concernant la valeur probante que le juge peut accorder à l'appréciation émise par les assureurs participant à l'application de l'assurance accident obligatoire sont applicables en matière d'assurance-maladie (ATF 120 V 357 consid. 1 p. 360-362; ATF V. du 20 août 1996; A. MAURER, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Bâle 1996, p. 165; ATA R. du 1er septembre 1998 et les références citées). Il faut donc retenir que lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins conseils des assureurs pratiquant l'assurance obligatoire des soins (art. 11 et 57 LAMal), les rapports émis par ces praticiens ont valeur de preuve s'ils ont été établis à un moment où l'assureur concerné n'était pas partie à la procédure (ATA M. du 10 novembre 1996; B. précité et les références citées).

En l'espèce, l'assureur-maladie n'a pas mis sur pied de véritable expertise, confiée à un médecin extérieur après avoir donné à l'assuré le droit d'exercer ses droits procéduraux. Il en a référé à son médecin-dentiste-conseil en lui soumettant le dossier radiologique de la recourante et le rapport établi par le Dr H. à l'appui de la demande de prise en charge. Le médecin-conseil a interpellé un confrère orthodontiste, lequel s'est également déterminé sur la base du dossier. Ni l'un ni l'autre de ces praticiens n'ont estimé nécessaire d'examiner personnellement la recourante et de procéder à un examen clinique, pas plus que d'interpeller les médecins traitants de Mme B.. Or, les renseignements fournis par ces derniers au tribunal de céans ont permis de préciser certains points concernant aussi bien l'étiologie que le traitement des maux présentés par la recourante. Dès lors, il n'y a pas lieu d'accorder au seul rapport écrit du médecin-dentiste-conseil et de l'orthodontiste consulté par celui-ci pleine valeur probante.

4. L'article 24 LAMal pose le principe que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31 en tenant compte des conditions des articles 32 à 34. Au

titre de prestations générales en cas de maladie, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1). Ces prestations comprennent :

a. 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 :

1. des médecins
2. des chiropraticiens
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a).

5. a. A la lettre, l'article 31 alinéa 1 lettre a LAMal renvoie à la notion de maladie de l'article 2 alinéa 1 LAMal. La disposition ne s'applique toutefois qu'à une maladie du système de la mastication et présente une différence d'importance par rapport au système ordinaire : la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins n'aura pas lieu chaque fois qu'il y a atteinte d'une certaine ampleur mais seulement en cas de maladie grave, selon la liste exhaustive qu'en a dressée le DFI à l'article 17 OPAS. Une interprétation conforme à la ratio legis de la disposition précitée postule dès lors que le traitement vise à soigner et à guérir, mais aussi, par conséquent, à rétablir la fonction essentielle atteinte par la maladie grave du système de la mastication. Le traitement de l'affection comme telle l'exige (ATF 125 V 16).

b. La liste de toutes les pathologies entrant dans le champ d'application de l'article 31 alinéa 1 LAMal est clairement établie aux articles 17, 18 et 19 OPAS dans sa nouvelle teneur depuis le 1er janvier 1998, applicable à l'intervention en cause dans la présente procédure, puisque celle-ci a eu lieu le 6 septembre 2000.

c. Il ressort des travaux des Chambres fédérales que le législateur entendait principalement limiter l'obligation de rembourser des soins dentaires dans un but de maîtrise des coûts. La discussion devant les deux Chambres fédérales, s'agissant de l'article 25 du projet qui correspond à l'article 31 de la loi, a porté surtout sur l'exclusion de l'obligation de rembourser tous les

traitements qui auraient pu être évités par une hygiène dentaire correspondant aux standards communément acceptés dans les pays où des actions de prévention sont menées régulièrement. C'est dans cet esprit que les rapporteurs n'entendaient mettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins que les soins ayant trait à l'état du système masticatoire ou de la santé de la personne concernée au sens général (BOAF, CE, séance du 17 décembre 1992, rapport de M. Huber, p. 1301 et intervention de M. Cotti, Conseiller fédéral, même séance, p. 1302). Le Conseil national s'est rallié à la version proposée par la majorité de la commission du Conseil des États. Les députés au Conseil national ont donc adopté ainsi également une vision restrictive de la prise en charge des soins dentaires pour éviter de mettre à la charge des assureurs sociaux, dans le cas de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitements médicaux qui auraient pu être évités par la prévention. Selon le rapporteur, Madame la conseillère nationale Segmüller, le législateur a bien voulu créer là une "lex specialis, n'ayant pas valeur de précédent pour le reste de la législation et qui ne devait pas être généralisée" (BOAF, CN, séance du 5 octobre 1993, p. 1844; traduction libre).

6. Le but du traitement médical, dans les limites de l'assurance maladie, est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé (ATF 121 V 119 consid. 1 p. 121, 120 v 463 consid. 5 p. 471, 111 V 229 consid. 3b p. 234 et les arrêts cités). A cet égard, le rehaussement de la mâchoire supérieure pratiqué par le Dr H. avait pour but de traiter les problèmes de mastication que connaissait la recourante. Certes, il ne s'agit pas d'un traitement dentaire au sens strict, mais bien plutôt d'une intervention chirurgicale pratiquée hors la région alvéo-dentaire, encore que cette intervention avait pour but de résoudre un problème à l'origine dentaire. Dès lors, le coût de cette partie du traitement doit être couvert par l'assurance de base.

7. Reste la question de la reconstruction dentaire proprement dite, partie du traitement assuré par le Dr N..

a. Comme cela ressort des travaux des Chambres fédérales précitées, le législateur entendait limiter strictement les cas de prise en charge des traitements médicaux dentaires, sans par ailleurs limiter d'une

manière particulière les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts des soins médicaux dentaires. Il convient de faire application de la règle générale contenue dans l'article 32 alinéa premier LAMal selon laquelle les prestations mentionnées aux articles 25 à 31, donc également en cas de soins dentaires, doivent être efficaces, appropriées et économiques.

b. Dans une première affaire (ATA C.-S. du 13 janvier 1998), le tribunal de céans a admis le caractère exhaustif des soins médicaux pris en charge dans le cadre de l'assurance de base au sens de l'article 31 alinéa 1 LAMal, ainsi que 17 à 19 OPAS. Il s'agissait d'un cas d'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire et d'une luxation du condyle et du disque articulaire. Les soins nécessités par cette ou ces maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion ont consisté en une consultation auprès d'un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, en la confection d'une gouttière occlusale qui a nécessité elle-même une ortho-tanpomographie. L'intégralité de ces soins a été mise à la charge de l'assureur. Dans une seconde affaire, jugée le 29 septembre 1997 (T. contre l'assureur A.; N° AM78/97-111/1997), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis également le caractère exhaustif du catalogue des articles 31 LAMal et 17 à 19 OPAS et a jugé que l'extraction des dents ayant eu lieu avant une opération du coeur avait pu être ordonnée pour prévenir un foyer infectieux préopératoire. Elle était donc à la charge de l'assureur dans le cas de l'assurance obligatoire des soins. Par contre, la confection de la prothèse destinée à remplacer les dents extraites ne pouvait être assimilée au traitement d'un foyer infectieux, l'extraction constituant la seule mesure idoine à cet égard. Enfin, le 5 mai 1998 (ATA Ch.), le tribunal de céans a admis la prise en charge des frais de traitement dentaire à la suite d'une ostéomyélite. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) le 5 février 1999 (cf. également note DUC, PJA 1999 871). Plus récemment, le tribunal de céans a admis que le traitement d'un abcès, lequel n'était pas évitable, provoqué par une dent de sagesse incluse et dans une position anormale du fait de la configuration de la mâchoire, constituait une maladie du système de la mastication à charge de la caisse-maladie (ATA G. du 19 décembre 2000).

8. Selon l'article 17 lettre f chiffre 2 OPAS, sont considérées comme une maladie grave et non évitable du

système de la mastication les dysgnathies qui provoquent les infections pouvant être qualifiées de maladie telle que (...) troubles graves de la déglutition (...).

Selon les médecins traitants de la recourante, entendus par le tribunal de céans, cette dernière souffrait d'une maladie grave et non évitable de la mastication et de la déglutition (Drs H. et N.) et de la phonation (Dr N.). Le Dr H. a expliqué que du fait de l'absence de dents de la mâchoire inférieure, toute la mâchoire postérieure supérieure s'était affaissée vers le bas, de telle sorte que Mme B. mâchait sur ses propres gencives. Le Dr N. a exposé que le seul point d'appui pour la mastication était constitué par les dents de sagesse inférieures et supérieures et qu'il était impossible de rétablir une fonction masticatrice sans avoir recours à la chirurgie. Le médecin-dentiste-conseil de l'assureur intimé ainsi que l'orthodontiste consulté par ce dernier sont d'avis que l'affection dont souffrait la recourante était un trouble de la mastication et non pas de la déglutition. Le tribunal de céans s'écartera de ces deux avis qui ne sont nullement motivés et qui ne reposent en particulier sur aucune considération médicale. De même, le tribunal de céans ne retiendra pas les considérations du médecin-conseil de l'assureur intimé sur le caractère évitable de la maladie dont souffrait la recourante. En effet, la notion de maladie non évitable du système de la mastication, contenue dans l'article 31 alinéa premier lettre a LAMal doit être comprise dans le sens que lui ont donné les auteurs de la loi, comme cela ressort du considérant 5c du présent arrêt : il s'agissait d'éviter que la négligence d'une personne conduite à la prise en charge de prestations de dentisterie évitables par le maintien d'une bonne hygiène.

Or, en l'espèce, il est établi que la recourante, malaise d'origine, a passé son enfance et son adolescence dans ce pays à une époque où l'essentiel de la nourriture était constitué d'aliments à base de sucre d'une part, et où la prophylaxie et la prévention dentaire n'étaient certes pas aussi communément répandues que dans un pays comme le nôtre d'autre part. De plus, il n'est ni établi, ni même allégué que la recourante ne se soignait pas la bouche. Bien au contraire, le Dr N. a relevé que les dents de sagesse de la recourante avaient des caries secondaires à une reconstruction et que toutes les dents vivantes étaient exemptes de caries. Il a encore précisé que les examens et l'étude qu'il avait faite sur les

dents de Mme B. l'amenaient à penser qu'il y avait à la base un problème osseux et que la perte des dents en était la conséquence. En effet, le seul point de contact entre les deux mâchoires se situait au niveau des dents de sagesse et même si l'on reconstruisait les dents de sagesse inférieures, il restait une importante divergence osseuse. Dans ces conditions, l'on ne saurait reprocher à la recourante un manque d'hygiène et de soins dentaires.

Il faut donc admettre que la recourante a souffert d'une maladie non évitable du système de la mastication induisant des troubles graves de la déglutition. Il tombe sous le sens qu'un défaut aussi important et grave de la mastication tel que celui que connaissait la recourante empêche la personne qui en est atteinte de se nourrir correctement d'une part et provoque des troubles de la déglutition, les aliments n'étant pas mâchés ni mastiqués correctement d'autre part.

Dès lors que le médecin-conseil de la caisse a expressément admis que le traitement préconisé pour rétablir la fonction masticatrice était adéquat, la caisse doit donc supporter le coût aussi bien pour l'intervention du Dr H. que pour celle du Dr N..

9. Selon la jurisprudence constante, des intérêts moratoires ne sont pas dus en matière d'assurances sociales, sauf disposition légale contraire (ATF 117 V 351; 113 V 48; A. GRISEL, L'apport du Tribunal fédéral des assurances au développement du droit public, in Mélanges A. BERENSTEIN, p. 451 ss; P. MOOR, Droit administratif, vol. II, p. 44; S. SPAHR, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, RVJ 1990, pp. 380 ss.). Des exceptions à cette règle se justifient toutefois en présence d'actes ou d'omissions illicites ou d'un comportement dilatoire de l'administration (RAMA 1990 p. 104; RCC 1990 p. 45). Une autre exception est admise dans le cadre du versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art 24 LAA; ATF 119 V 131).

En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'éloigner de la règle selon laquelle l'assureur social ne saurait être astreint au versement d'intérêts moratoires.

10. Le recours sera dès lors admis et la décision attaquée annulée.

En application des articles 87 lettre g LAMal et 89G de la loi sur la procédure administrative du 12

septembre 1985 (LPA - E 5 10), une indemnité de procédure en CHF 2'000.- sera allouée à la recourante, à la charge de la caisse intimée.

11. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu. Les frais de procédure (témoins et interprète), à hauteur de CHF 760.-, seront laissés à la charge de l'Etat.

**PAR CES MOTIFS**  
**le Tribunal administratif**  
**à la forme :**

déclare recevable le recours interjeté le 22 septembre 2000 par Madame F. B. contre la décision d'X. caisse-maladie du 25 août 2000;

**au fond :**

l'admet;

annule la décision sur opposition d'X. caisse-maladie du 25 août 2000;

dit qu'X. caisse-maladie doit prendre en charge les frais de traitement prodigués par le Dr H. d'une part et par le Dr N. d'autre part;

renvoie le dossier à X. caisse-maladie pour nouvelle décision dans le sens des considérants;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

alloue à Madame F. B. une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, à la charge d'X. caisse-maladie;

laisse les frais de procédure en CHF 760.- à la charge de l'Etat;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de



Siégeants : M. Schucani, président, M. Thélin, Mmes  
Bonnefemme-Hurni, Bovy, M. Paychère, juges.

Au nom du Tribunal administratif :  
la greffière-juriste : le président :

V. Montani

D. Schucani

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux  
parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci