RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1639/2003** **ATAS/630/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 4ème chambre

## du 20 juillet 2005

En la cause

| | |
|---|---|
| **Monsieur B_____**, domicilié à Genève, mais comparant par Me SENOR Isabel, en l'Etude de laquelle il élit domicile | recourant |
| contre | |
| **MUTUELLE VALAISANNE**, rue du Nord 5, 1920 Martigny | intimée |

**Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI juges.**

## EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1962, est affilié auprès de la caisse maladie MUTUELLE VALAISANNE (aujourd'hui Mutuelle Assurances, ci-après : la caisse) depuis le 1er juin 2001 en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

   Il a également conclu des assurances complémentaires (Global Privée et Mundo) auprès de la même caisse.

2. Depuis des années, l'assuré souffre d'un problème maxillo-mandibulaire.

3. Aux termes de l'article 13 des conditions particulières de l'assurance obligatoire des soins établies par la caisse, s'agissant des soins dentaires, la caisse prend en charge les coûts des soins dentaires :

   a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication,

   b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles,

   c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

   Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident.

4. Le 18 mars 1991, le Dr L_____, médecin-dentiste spécialiste en orthodontie, a diagnostiqué une malformation consistant en une classe II due à une rétrognathie mandibulaire (micromandibulie) et précisé que la dimension verticale antérieure était insuffisante. Du point de vue dentaire, il s'agissait d'une classe II div. 2, avec palatoversion des 2 incisives centrales supérieures. L'overbite était exagéré et l'occlusion des incisives inférieures traumatisante au niveau de la muqueuse palatine.

   Le Dr L_____ a indiqué qu'il convenait de procéder à une phase orthodontique d'alignement, de coordination et de nivellement des arcades, par des appareillages fixes durant environ 8 mois qui serait suivie d'une phase chirurgicale (avancement mandibulaire par ostéotomie sagittale bilatérale de la mandibule). La troisième partie consistait dans la finition des détails et la contention par appareils amovibles.

   Dans son courrier, le Dr L_____ a précisé en outre que ce traitement n'était pas envisagé pour des raisons esthétiques, mais bien dans le but d'obtenir une occlusion fonctionnelle et non traumatisante et de prévenir des lésions parodontales inévitables dans la situation actuelle.

5. En date du 1er octobre 2000, le Dr M_____, spécialiste FMH/AMG (chirurgie maxillo-faciale), a établi un certificat dans lequel il a confirmé la nécessité fonctionnelle d'un traitement d'une malformation maxillo-mandibulaire telle que déjà décrite par le Dr L_____ dans son rapport du 18 mars 1991. Il a souligné que la situation clinique s'était aggravée les dernières années et que le patient souffrait d'une functio laesa et de douleurs.

6. Le 13 octobre 2000, le Dr M_____ a adressé à la caisse une demande de prise en charge du traitement par orthodontie (Dr N_____) et par chirurgie maxillo-faciale (Dr M_____). Il a exposé que le plan de traitement consistait en une préparation orthodontique et ensuite par un avancement mandibulaire par ostéotomie bilatérale.

7. Le 11 octobre 2000, la Dresse N_____, médecin-dentiste orthodontiste, a établi que l'assuré présentait une dysgnathie de type CI II associée à un deepbite très important. Elle a précisé que cette dysgnathie avait valeur de maladie puisqu'elle montrait une lésion au niveau du palais, ce qui provoquait des douleurs et une diminution de la mastication. Le traitement devait comporter une phase orthodontique de préparation puis une phase chirurgicale et finalement le traitement se terminerait par des finitions orthodontiques et de la contention par appareils amovibles.

8. Sur demande de la caisse, la Dresse N_____ a adressé en date du 26 octobre à son médecin-conseil un devis détaillé pour la partie orthodontique ainsi qu'une téléradiographie avec tracé, une radiographie panoramique de BW et trois radiographies apicales. Elle a ajouté qu'à sa connaissance l'assurance-invalidité n'était jamais intervenue pour ce cas et que la situation s'aggravait avec les années, puisque l'assuré avait déjà consulté en 1991 un orthodontiste et que depuis, les douleurs au niveau du palais allaient en s'augmentant et que la fonction masticatoire allait en diminuant.

9. En date du 11 janvier 2001, la caisse a répondu que son médecin-conseil estimait que l'affection en cause n'était pas à charge des caisses maladies de par la loi car elle ne figurait pas sur la liste exhaustive établie par la LAMAL, de sorte qu'elle n'était pas en mesure d'intervenir pour ce traitement.

10. En date du 12 juin 2001, le Professeur O_____, chef de service du département de chirurgie réparatrice des HUG, a établi un rapport médical pour confirmation de prise en charge orthodontico-chirurgicale d'une dysmorphose maxillo–mandibulaire. Ce médecin a exposé que, anamnestiquement, le patient avait été soigné par les Drs P_____, médecin-dentiste, R_____, médecin-dentiste-orthodontiste, puis S_____, médecin-dentiste, qui avaient tous signalé un problème d'occlusion dentaire perturbée. Il a rappelé qu'en 1991, le Dr L_____, médecin-dentiste spécialiste en orthodontie, avait confirmé que le

problème n'était pas uniquement dentaire sous forme d'une classe II, mais aussi squelettique avec une dimension verticale antérieure insuffisante, ainsi qu'une micromandibulie.

11. Lors de l'examen clinique du 1er juin 2001, le Professeur O_____ a constaté que la hauteur antérieure de la face était trop faible par rapport à la moyenne et que le visage, vu de profil, était en rétrusion complète sous l'étage crânien. L'analyse céphalométrique a confirmé la hauteur trop faible du visage ainsi que la rétrusion du visage sous l'étage crânien. Il a souligné que pour une prise en charge par l'assurance, l'analyse céphalométrique devait montrer un angle maxillo-basal de 12° alors qu'en l'occurrence celui-ci était à 13°. A l'examen endobuccal, il a relevé une hypérémie de la papille de la muqueuse palatine. Par ailleurs, les modèles de plâtre fournis par le patient montraient une abrasion du talon des 2 incisives centrales supérieures de forme rectangulaire correspondant à l'impact abrasif de la face occlusale des incisives inférieures.

    Le Professeur O_____ a donc confirmé que le patient présentait une atteinte à la santé physique qui n'était pas due à un accident et qui exigeait un examen et un traitement médical. Il s'agissait bien d'une maladie non évitable du système de la mastication et sa gravité s'évaluait en fonction des douleurs qui avaient évolué depuis un an et demi. En conclusion, ce médecin a corroboré les indications de la prise en charge thérapeutique proposée par la Dresse N_____ et par le Dr M_____.

12. L'intervention pronostiquée a eu lieu le 4 juillet 2001 à la Clinique Générale-Beaulieu et l'assuré a transmis à la caisse toutes les notes d'honoraires relatives au traitement, soit un montant total de Frs. 30'259.

13. Par courrier du 20 novembre 2001, la caisse a informé l'assuré que seuls les soins dentaires occasionnés par les maladies mentionnées dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et que d'autre part, selon les conditions particulières de l'assurance complémentaire Globale Privée, les traitements dentaires, en cas de maladie, étaient pris en charge à 80% jusqu'à concurrence d'un montant maximal de Frs. 200.- chaque 3 ans, ce qui expliquait que certaines factures adressées à la caisse par l'assuré n'avaient pas été honorées. La caisse a remboursée les montants de Frs. 2'563,65 sur la facture de la Clinique Générale - Beaulieu, Frs. 673.- sur la facture de la Dresse T_____ et une participation de Frs. 200.- sur celle du Dr S_____, soit au total Frs. 3'436,85.

14. En date du 3 janvier 2002, la caisse, sur demande de l'assuré, a rendu une décision formelle par laquelle elle a confirmé son refus d'allouer des prestations à l'assuré par le biais de l'assurance obligatoire des soins, différentes informations en sa

possession indiquant que le traitement dentaire effectué par l'assuré ne relevait pas des obligations des assureurs maladie.

15. Par lettre du 5 février 2002, l'assuré a déclaré faire opposition à la décision précitée alléguant qu'il existait une atteinte qualifiée à la santé au sens de la loi sur l'assurance maladie ainsi qu'une maladie non évitable du système de la mastication, de sorte qu'il estimait que les traitements effectués par les Dr M_____, N_____ et S_____ devaient être pris en charge par la caisse.

16. Par courrier du 28 mars 2002, la caisse a informé l'assuré qu'une procédure similaire était pendante au Tribunal fédéral des assurances de sorte qu'elle suspendait la procédure liée à son opposition du 5 février 2002 jusqu'à droit connu.

17. En date du 19 novembre 2002, l'assuré a fait savoir à la caisse que la suspension de la procédure ne se justifiait plus, car le TFA avait rendu son arrêt le 30 avril 2002 et l'affaire en question ne pouvait être considérée comme similaire à son propre cas ; en effet, il ressortait dudit arrêt que le recourant avait subi une opération ayant eu comme principal objectif d'améliorer l'image externe de son visage. Tel n'était manifestement pas son cas, ainsi que cela ressortait de l'opposition du 5 février 2002.

18. Par courrier du 10 juillet 2003, le Dr U_____, médecin-dentiste conseil de la caisse, a confirmé à celle-ci ses positions précédentes du 21 décembre 2000 et du 5 avril 2001 quant à la prise en charge du cas. Il a expliqué que le dossier de l'assuré qu'on lui avait transmis contenait une demande de la Dresse N_____, orthodontiste, pour un traitement combiné (orthodontie-chirurgie). Or, la loi sur l'assurance maladie était claire et prenait en charge tout traitement orthodontique pour les patients de plus de 20 ans seulement si les normes AI étaient atteintes. En l'occurrence, la Dresse N_____ lui aurait répondu que son patient n'atteignait pas les normes AI. De ce fait, il avait refusé la prise en charge. Il a précisé que lors de l'examen clinique, l'analyse céphalométrique avait démontré que l'angle maxillo-basal était de 13°, alors que pour être pris en charge l'angle devait être égal ou inférieur à 12°. L'analyse céphalométrique de l'assuré n'atteignait pas non plus ici les normes AI. La Dresse N_____ lui aurait confirmé que ces valeurs n'étaient pas atteintes non plus.

    Dès lors, ce médecin considérait que l'analyse de l'assuré démontrait :

    1. que prises séparément les valeurs de l'angle ANB étaient en dessous des normes AI ;

    2. que prises ensemble ces valeurs étaient également en dessous des normes AI

    de sorte que pour toutes ces raisons il pensait que le refus devait être maintenu.

Au surplus, selon lui, le Mordex clausus congénital de l'assuré était trop faible pour être assimilé à une maladie grave au sens de la loi sur l'assurance maladie et de ce fait le traitement n'était pas à la charge de son assurance maladie.

19. Le 31 juillet 2003, la caisse a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a confirmé la décision du 3 janvier 2002 se prévalant de ce que les normes AI n'étaient pas atteintes en l'occurrence.

20. En date du 4 septembre 2003, l'assuré a déposé un recours auprès du Tribunal de céans (cause A/1639/2003) contre la décision sur opposition du 31 juillet 2003, alléguant qu'il existait une atteinte qualifiée à la santé au sens de la loi sur l'assurance maladie, que l'on était en présence d'une maladie non évitable du système de la mastication et d'une maladie congénitale. Il a donc conclu à l'annulation de la décision sur opposition de la caisse et à la prise en charge, par le biais de l'assurance obligatoire des soins, des prestations relatives aux traitements dentaires prodigués d'un montant de 20'950.50 fr. , plus intérêts à 5 % dès le 1er septembre 2003.

21. En date du 20 novembre 2003, avant l'envoi de sa réponse au recours, la caisse a reconsidéré sa décision et rendu une nouvelle décision sur opposition dans laquelle elle a précisé que la malformation du recourant n'était pas non plus une affection prise en charge par la loi sur l'assurance maladie. Elle a derechef conclu à la confirmation de la décision du 3 janvier 2002.

22. Le 18 décembre 2003, l'intéressé a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 20 novembre 2003, enregistré sous le numéro de cause A/2453/2003, et persisté dans les conclusions prises dans son recours du 4 septembre 2003.

23. Par ordonnance du 22 décembre 2003, le Tribunal de céans a joint ce nouveau recours (cause A/2453/2003) à la procédure déjà pendante (cause A/1639/2003).

24. Par réponse du 9 février 2004, la caisse a confirmé sa position.

25. Dans sa réplique du 12 mars 2004, le recourant a conclu à l'annulation des décisions sur opposition de la caisse des 31 juillet et 20 novembre 2003 et au paiement de la somme de Frs. 24'139,95, plus intérêts à 5 % dès le 1er septembre 2003..

26. La caisse a persisté dans ses conclusions et s'est référée à ses écritures du 9 février 2004.

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

28. Les autres éléments pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let a LOJ, le TCAS connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). La compétence du Tribunal de céans ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, consid. 4b et les références). In casu, la LAMal est applicable dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'intervention litigieuse ayant eu lieu en 2001. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. L'article 60 LPGA, applicable à la LAMal en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal, prévoit que le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La décision dont est recours étant intervenue le 31 juillet 2003 et reçue le 4 août 2003, le recours du 3 septembre 2003 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable. Dès lors que le Tribunal de céans était valablement saisi, il n'était pas nécessaire que l'assuré interjette recours contre la

nouvelle décision sur opposition, puisque cette dernière ne mettait pas fin au litige, étant rappelé au demeurant que les causes ont été jointes en une seule procédure.

4. Le litige porte sur la prise en charge par la caisse, au titre de l'assurance obligatoire, des soins et des frais du traitement dentaire suivi par le recourant, soit du traitement par orthodontie (Dr N_____) et par chirurgie maxillo-faciale (Dr M_____) consistant en une préparation orthodontique et ensuite par un avancement mandibulaire par ostéotomie bilatérale.

6. a) Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires :

   a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou

   b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou

   c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

   A noter que ces conditions ont été reprises telles quelles dans les conditions particulières de la caisse relatives aux soins dentaires (art. 13).

   Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues par l'art. 31 al. 1 LAMal. A l'art. 33 let. d de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), l'autorité exécutive a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux art. 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31). Ces dispositions concrétisent les cas dans lesquels les traitements appliqués relèvent des prestations obligatoires. L'art. 17 OPAS (édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal) renferme la liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication et prévoit que l'assurance prend en charge, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables du système de la mastication, soit notamment les dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladies tels que le syndrome de l'apnée du sommeil, les troubles graves de la déglutition, les asymétries graves cranio-faciales (let f ch. 1 à 3). L'art. 18 OPAS (édicté en application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal) énumère les autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires; 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. Quant à l'art. 19 OPAS (édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal), il prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis. Enfin, l'art.

19a OPAS concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales.

La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance-maladie selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 124 V 194 consid. 4 et 347 consid 3a).

b) Sous le régime de la LAMA, les mesures dentaires ne constituaient pas, en principe, des traitements médicaux au sens de l'art. 12 al. 2 ch. 1 et 2 LAMA, de sorte qu'elles n'étaient pas à la charge des caisses-maladie au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Le caractère dentaire de la mesure n'était pas supprimé par le fait que le traitement appliqué à l'appareil masticateur constituait une mesure préalable et nécessaire à la mise en oeuvre du traitement médical d'une maladie. C'est ainsi que le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une caisse-maladie n'était pas obligée de rembourser à un assuré les frais d'extraction de dents (et des frais de prothèses) préalable à une opération du coeur, afin de supprimer des foyers septiques potentiels et prévenir tout risque oslérien (ATF 116 V 114; voir aussi RAMA 1990 no K 836 p. 135). La ratio legis de l'art. 25 al. 1 let. b du projet de LAMal (FF 1992 I 251), devenu l'art. 31 al. 1 let. c du texte définitif, ressort de manière non équivoque du rapport de la commission d'experts du 2 novembre 1990 (p. 50 de l'édition de l'Office central fédéral des imprimés et du matériel) et du message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 139). La commission relevait notamment que si les traitements dentaires proprement dits devaient continuer à être exclus de l'assurance des soins, il convenait cependant de mettre à la charge de celle-ci le traitement dentaire occasionné par une maladie grave ou ses suites ou qui est nécessaire pour traiter une maladie grave ou ses suites. A ce dernier propos, la commission envisageait, à titre d'exemples, l'obligation de prendre en charge l'extraction préalable de dents pour permettre une opération du coeur ou encore la remise en état prothétique à la suite d'une radiothérapie.

c) La disposition de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal ne figurait pas dans le projet de loi du Conseil fédéral soumis à la délibération du Parlement. Elle fut introduite à l'initiative de la Commission du Conseil des Etats et approuvée par les Chambres. La ratio legis de cette disposition est triple. Le but premier est de libérer l'assuré de l'obligation d'assumer les coûts d'un traitement dentaire lorsqu'il souffre précisément d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Le deuxième objectif est d'exclure du catalogue des prestations obligatoires toute maladie du système de la mastication pouvant être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 125 V 195 consid- 3a). Enfin, le cercle des prestations non obligatoires pour les assureurs a été étendu: non seulement les formes évitables de caries et de parodontite s'en trouvent exclues mais aussi toute autre maladie évitable du système de la

mastication qui n'est pas de nature grave (EUGSTER, Sweizerrsches Bundesverwaltugsrecht Sozale Sicherheit, trad. française, p. 118 avec les réf.).

d) En vertu de l'art. 2 al. 1 LAMal, on entend par maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Liée à la notion de nécessité de traitement médical, la définition de la maladie suppose une atteinte d'une certaine ampleur ou la menace sérieuse d'une telle atteinte. Dans le cas des soins dentaires, il y aura atteinte à la santé lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler.

A la lettre, l'art. 31 al. 1 let. a LAMal renvoie à la notion de maladie définie ci-dessus. 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'art. 17 OPAS. Une interprétation conforme à sa ratio legis de la disposition précitée postule dès lors que le traitement vise à soigner et 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. Au demeurant, on ne voit pas pourquoi, en cas de soins dentaires apportés à raison d'une atteinte grave au système de mastication, il en irait différemment que pour les soins donnés aux séquelles d'une maladie grave (ATF 124 V 196). Ainsi, le rétablissement de la capacité de mastication, visée à l'aide de moyens prothétiques, fait partie du traitement complet de la maladie grave et non évitable au sens des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS, raison pour laquelle on ne saurait lui contester le caractère de prestation obligatoire.

7. Si parmi les dysgnathies, terme générique pour différentes formes d'anomalies de la mâchoire ou du développement de la mâchoire , certaines apparaissent inévitables, elles ne peuvent être qualifiées d'emblée d'inévitable du fait même qu'elles sont mentionnées dans l'OPAS. Selon une interprétation de l'art. 17 let. f OPAS conforme à l'art. 31 al. 1 let a LAMal, ne peuvent être reconnues comme maladie du système de la mastication entraînant l'obligation de prise en charge de l'assurance-maladie que les dysgnathies qui sont inévitables (ATF 129 V 275 consid.6 ).

8. Dans le cas d'espèce, il est attesté (cf. Dresse N_____ le 11.10.00) que le recourant a souffert d'une dysgnathie, affection figurant sur la liste de l'art. 17 OPAS, sous let. f ch. 3 qui mentionne expressément les dysgnathies qui provoquent

des affections pouvant être qualifiées de maladie, telles que des asymétries graves cranio-faciales.

En 1991, le Dr L_____ avait posé le diagnostic suivant : « Squelettiquement, la malformation de B_____ consiste en une classe II due à une rétrognathie mandibulaire (micromandibulie). La dimension verticale antérieure est insuffisante. Du point de vue dentaire, il s'agit d'une classe II div. 2, avec palatoversion des deux incisives centrales supérieures. L'overbite est exagéré et l'occlusion des incisives inférieures traumatisante au niveau de la muqueuse palatine. »

Ce médecin avait souligné que le traitement préconisé était envisagé dans le but d'obtenir une occlusion fonctionnelle et non traumatisante ainsi que de prévenir des lésions parodontales inévitables alors. Il avait en outre précisé que ledit traitement n'était aucunement envisagé pour des raisons esthétiques

Le 1er octobre 2000, le Dr M_____ a noté la nécessité fonctionnelle d'un traitement d'une malformation maxillo-mandibulaire, précisant qu'il s'agissait d'une sévère classe II avec traumatisme, lésions et douleurs au niveau du palais et soulignant que la situation clinique s'était aggravée depuis le diagnostic posé par le Dr L_____ en 1991. Il a lui aussi relevé qu'il convenait d'envisager un traitement purement fonctionnel et non esthétique.

En date du 11 octobre 2000, la Dresse N_____ a diagnostiqué une « dysgnathie de type CI II associé à un deebite très important ». Selon elle, la dysgnathie du recourant avait valeur de maladie car elle montrait une lésion au niveau du palais provoquant des douleurs et une diminution de la mastication.

En juin 2001, le Professeur O_____ a relevé que tous les médecins avaient constaté un problème d'occlusion dentaire perturbée. Le problème n'était pas exclusivement dentaire mais squelettique avec une dimension verticale antérieure insuffisante et une mandibulie. Le visage vu de profil était en rétrusion complète sous l'étage crânien. A l'examen endobuccal, il a remarqué une hyperémie de la papille de la muqueuse palatine ainsi qu'une abrasion du talon des deux incisives centrales supérieures de forme rectangulaire correspondant à l'impact abrasif de la face occlusale des incisives inférieures.

Ces rapports médicaux concordants démontrent que le recourant souffrait d'une atteinte à sa santé physique sous forme d'une dysgnathie pouvant être qualifiée de maladie ; en effet, cette pathologie a provoqué au cours des années de graves lésions au niveau du palais engendrant des douleurs et une diminution de la mastication, ainsi que des lésions au niveau des incisives avoisinantes (voir notamment ATF 127 V 395 consid. 3 bb).

Force est d'admettre qu'il existait bien une atteinte qualifiée à la santé, soit une maladie grave et non évitable au sens des art. 17 let f ch. 3 OPAS et 31 al.1 let a

LAMal, qui a nécessité les traitements prodigués. En conséquence, ceux-ci sont à la charge de l'assurance-maladie.

La question d'une prise en charge sous l'angle de l'art. 19a al. 2 OPAS peut dès lors rester ouverte, étant précisé que le Dr L_____ et le Professeur O_____ avaient tous deux diagnostiqué une micromandibulie congénitale inférieure, mais que les examens céphalométriques n'ont pas tous été pratiqués.

10. Le recourant conclut au paiement d'intérêts moratoires de 5 % dès le 1er septembre 2003.

L'art. 26 al. 2 LPGA, en vigueur dès le 1er janvier 2003, prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

En l'occurrence, les factures ont été transmises à la caisse en date des 21 août 2001, 17 octobre 2001 et 26 mars 2002 (devis du Dr S_____). Des intérêts moratoires de 5 % l'an sont ainsi dus au plus tôt dès le 1er août 2003 pour les factures transmises le 21 août 2003, dès le 1er octobre 2004 s'agissant de la facture remise à la caisse le 17 octobre 2001 et dès le 1er mars 2004 s'agissant de la facture du Dr S_____ (cf. art 7 al. 1 à 3 OPGA).

Par conséquent, le recours est admis au sens des considérants.

11. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à dépens qui seront fixés en l'espèce à 2'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision sur opposition du 20 novembre 2003, ainsi que celle du 3 janvier 2002.

4. Condamne l'intimée à prendre en charge le traitement dentaire de Monsieur B_____, plus intérêts moratoires à 5 % l'an au sens des considérants.

5. Condamne l'intimée à payer la somme de 2'000 fr. au recourant à titre de participation à ses frais et dépens .

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

| Le greffier: | La Présidente : |
|---|---|
| Walid BEN AMER | Juliana BALDE |

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le