

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2497/2025

ATAS/680/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 août 2026

Chambre 2

En la cause

A_____
représentée par Me Maëlle ROULET, avocate

recourantes

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE

intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, président

EN FAIT

A. a. Depuis le 1^{er} janvier 2019, A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1978, mariée, ressortissante française et domiciliée en Suisse, dans le canton de Genève, depuis août 2010, et titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C), était assurée auprès de SWICA Organisation de santé (ci-après : l'assurance ou l'intimée) dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), risque accidents non assuré, avec une franchise annuelle de CHF 1'500.- et une police d'assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations (FAVORIT CASA).

b. Le 21 juin 2024, la docteure B_____, médecin-dentiste et orthodontiste auprès de la Clinique dentaire C_____ (ci-après : la clinique), a adressé à l'assurance, au titre de la LAMal, un document « Lésion dentaires selon la LAMal – Résultat d'examen / devis », posant le diagnostic d'agénésie dentaire multiple et proposant comme mesure thérapeutique une « diagnosie complète par réhabilitation fonctionnelle de la mastication », une copie de radiographie étant en outre annexée. À cela s'ajoutait le devis y afférent, avec pour prestations notamment un « traitement d'alignement » selon différentes modalités, le tout pour CHF 5'406.60.

Le 15 juillet 2024, la Dre B_____ a envoyé à l'assurance un devis, toujours selon la LAMal, portant sur la pose d'implants dans les zones de dent 13, 23, 25, 31, 35 et 36, pour la somme totale de CHF 13'958.40.

c. L'assurance ayant demandé le 8 août 2024 à la clinique de lui transmettre la décision de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), l'assurée a elle-même répondu, par courriel du 6 septembre 2024, que, malgré son agénésie dentaire multiple, elle n'avait jamais déposé de demande de prestations de l'AI, du fait notamment qu'elle était arrivée en Suisse à l'âge adulte 15 ans auparavant.

d. Par écrit du 10 septembre 2024, l'assurance a informé la clinique de ce que, conformément à l'art. 19a de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) à teneur duquel l'assurance-maladie prend en charge les coûts des traitements occasionnés par les infirmités congénitales lorsqu'ils sont nécessaires après la 20^{ème} année, le traitement dentaire envisagé ne constituait pas une prestation obligatoire selon la LAMal.

e. Le 9 octobre 2024, la clinique, par la Dre B_____, a formé « opposition » contre ce courrier. Selon elle en effet, la patiente était venue à la clinique pour évaluer les possibilités de réhabilitation de la fonction masticatoire. Elle présentait une agénésie de neuf dents, dont la cause était inconnue. Elle avait subi plusieurs traitements dentaires pendant des années pour maintenir sa capacité de

mastication, tels que des pontiques en céramique dans l'extension des éléments 1.3 et 2.3 et splintage (NDR : attelle ou gouttière dentaire en français) inférieure des incisives de lait pour les stabiliser, traitements qui avaient échoué faute de garantir un succès stable à long terme. Actuellement, il était devenu urgent et nécessaire de traiter l'état congénital de l'intéressée pour les raisons suivantes : les dents de lait inférieures, en raison d'une surcharge de mastication excessive, étaient devenues mobiles (3^{ème} degré) et ne pouvaient plus être maintenues ; l'élément intermédiaire supérieur destiné à remplacer 1.3 et 2.3 avait échoué en raison de la distalisation de 2.4 et 1.4 due à l'agénésie de 1.5 et 2.5. Malheureusement, la Dre B_____ n'était pas en possession de tous les documents de la patiente depuis son enfance jusqu'à ce jour. Cependant, l'agénésie qui pouvait être diagnostiquée aujourd'hui était incontestable et, en raison de la progression récente du problème, l'assurée risquait une édentation presque complète de la mâchoire inférieure avec une perte totale des fonctions masticatoires et esthétiques dans un avenir proche. La réhabilitation nécessitait « un traitement orthodontique et une réhabilitation implant-prothétique ». Ladite médecin-dentiste demandait que la patiente soit reçue en expertise par un des médecins-dentistes conseils de l'assurance.

f. Il n'apparaît pas que l'intéressée aurait répondu à une demande du 15 octobre 2024 de l'assurance de lui transmettre une « radiographie OPG de la dentition à l'âge d'environ quinze ans », avec la précision suivante : « Si la vérification de la prestation n'est pas possible en raison d'informations manquantes, nous ne pouvons pas fournir de prestations de service ».

g. Par courrier du 7 novembre 2024, l'assurance a maintenu sa position du 10 septembre 2024 de refus de prise en charge de l'assainissement dentaire par l'assurance obligatoire des soins. En effet, selon l'OPG du 17 avril 2024 en sa possession, il manquait plusieurs dents, mais l'assurance ne disposait d'aucun document attestant une infirmité congénitale. Même si un « ICD 206 » était avéré, les critères pour une prise en charge ne seraient pas remplis, car le traitement aurait pu être réalisé avant l'âge de 20 ans.

h. Par courriel du 3 décembre 2024, l'assurée a formé « réclamation » contre cette décision, demandant de pouvoir bénéficier d'un traitement lié à son agénésie. Sa situation de handicap aux plans fonctionnel et esthétique avait déjà été prise en charge, avec des prothèses pour cinq dents, et, au surplus, certaines dents de lait avaient été conservées depuis 46 ans. Mais elle avait besoin désormais de soins de conservation ; « les prothèses sur les dents de lait ou liées directement à l'agénésie [nécessitaient] d'être changées par des implants notamment ».

i. Par courriel du 17 décembre 2024 faisant suite à une demande de l'assurance du 11 décembre précédent, la clinique a fourni des documents à celle-ci, à savoir trois copies de radiographies de la dentition ainsi qu'un rapport – concis – de la Dre B_____ au sujet de la situation buccale de la patiente.

B. a. Par décision du 10 février 2025, l'assurance a refusé de rembourser les coûts du traitement orthodontique des mâchoires inférieure et supérieure ainsi que ceux liés à la pose d'implants et de couronnes sur les implants dans les zones 13, 23, 25, 31, 35 et 36, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Certes, son médecin-dentiste consultant, le docteur D_____, auquel le dossier avait été soumis, avait, le 29 janvier 2025 – dans un document entièrement rédigé en allemand –, admis l'existence de l'infirmité congénitale 206. Toutefois, selon l'assurance, vu le report sans raison médicale du traitement pendant des années, voire des décennies, après le 20^{ème} anniversaire, les conditions d'une prise en charge des coûts selon l'art. 19a OPAS n'étaient plus remplies.

b. Par écrit du 13 mars 2025, l'assurée, désormais représentée par une avocate, a formé opposition contre cette décision, concluant à son annulation ainsi qu'à la prise en charge des coûts d'une correction orthodontique des mâchoires supérieure et inférieure ainsi que ceux liés à la pose d'implants et de couronnes sur les implants dans les zones 13, 23, 25, 31, 35 et 36.

Selon ses allégations en effet, la prise en charge sollicitée ne constituait pas un premier traitement, mais la continuité d'un traitement déjà commencé à l'âge de 10-11 ans puis continué avec la mise en place de prothèses à l'âge de 20 ans. À l'appui de ces allégations était invoquée – uniquement – l'« opposition » de la Dre B_____ du 9 octobre 2024. L'opposante précisait néanmoins, notamment, ce qui suit : dans sa jeunesse, elle avait accusé un important retard de dentition, et, à l'âge de 10-11 ans, une agénésie dentaire avait été diagnostiquée ; son père, prothésiste dentaire, l'avait amenée à consulter plusieurs spécialistes ; à cette époque, l'implantologie n'en était qu'à ses balbutiements, et il avait été décidé de mettre en place un traitement orthodontique, qui s'était accompagné de l'ablation de deux canines supérieures ; l'intéressée avait continué un suivi très régulier de sa dentition, les médecins-dentistes recommandant alors d'attendre l'âge de 20 ans avant de se déterminer sur la suite du traitement ; à l'âge de 20 ans, il avait été décidé de procéder à un traitement par prothèse, des ponts étant alors installés sur certaines dents inférieures et supérieures ; le choix de ce traitement conservateur avait été maintenu par la suite par les médecins-dentistes ; en début d'année 2011, l'assurée avait été auscultée par deux professeures du Centre de référence des Malformations rares de la Face et de la Cavité buccale à Paris (France ; ci-après : le centre de référence parisien), E_____ et F_____, lesquelles avaient alors confirmé que le traitement suivi par elle constituait alors le traitement adapté, et qu'aucun nouveau plan de traitement n'était à envisager en l'état ; au fil des années, ses prothèses avaient dû être réinstallées à plusieurs reprises ; lorsque l'assurée avait consulté en 2024 la Dre B_____, il était apparu à cette dernière que, si le traitement conservateur (sous forme de prothèses) avait été jusqu'à ce jour adéquat, il était désormais nécessaire de poser des implant, étant donné que les dents de lait inférieures étaient récemment devenues mobiles et ne pouvaient plus être maintenues.

Étaient par ailleurs produits des échanges de courriels entre fin novembre et décembre 2010 de l'intéressée avec une secrétaire du Pôle odontologie G_____ à Paris (France) de même qu'avec la professeure E_____ préalablement à un rendez-vous censé avoir lieu le 3 janvier 2011. Dans le cadre de ces échanges de courriels, l'assurée écrivait être atteinte d'une agénésie de neuf dents qui nécessitait un diagnostic et un plan de traitement complexe et souhaitait, devant les questionnements de nombreux dentistes, recevoir l'avis de spécialistes du centre de référence parisien.

Enfin, à teneur d'une attestation adressée le 15 août 2024 à l'intéressée par la Dre B_____ : « La patiente vient à notre clinique pour évaluer les possibilités de réhabilitation de la fonction masticatoire. [À la ligne] Elle présente une agénésie dentaire de 9 dents, dont la cause est inconnue. [À la ligne] La réhabilitation nécessite un traitement orthodontique avant la réhabilitation implant-prothétique ».

c. Par décision sur opposition rendue le 10 juin 2025, l'assurance a rejeté cette opposition, confirmant ainsi sa décision du 10 février 2025, ce pour des motifs similaires et quelque peu complétés.

- C. a. Par acte du 14 juillet 2025, l'assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire visant à déterminer si elle aurait dû entreprendre le traitement proposé par la Dre B_____ avant ses 20 ans, au fond, à l'annulation de ladite décision sur opposition et, cela fait, à la condamnation de l'assurance à prendre en charge les coûts liés aux traitements orthodontiques et à la réhabilitation implant-prothétique de l'agénésie dont elle était victime, plus précisément les coûts, établis par le devis du 16 juillet 2024 de la Dre B_____, de traitement des mâchoires supérieure et inférieure au moyen de couronnes sur implants dans les zones 13, 23, 25, 31, 35 et 36.

En effet, notamment, outre l'existence de l'infirmité congénitale, il était admis, faute d'être contesté, que les critères d'efficacité, adéquation et économicité (ci-après : les critères EAE) du traitement requis par la Dre B_____ étaient remplis, et il était en outre établi par les rapports de ce médecin-dentiste que le traitement proposé était préconisé depuis peu, en raison d'une situation médicale apparue récemment.

Par ailleurs, l'intimée reprochait à l'intéressée de ne pas être en mesure de prouver un fait allégué par l'assurance, soit le prétendu retard dans la mise en œuvre du traitement. Or la recourante avait toujours, depuis son plus jeune âge, été suivie pour le traitement de son agénésie, et elle avait ainsi toujours agi de manière responsable afin de contribuer à la préservation de son traitement jusqu'à présent. En particulier, le choix des médecins-dentistes dans le passé en faveur d'un

traitement conservateur, plutôt que d'une pose d'implants, était conforme à la littérature en la matière, notamment le « Mémoire du certificat d'étude et de recherche approfondies en implantologie orale – Année 2015/2016 – Implant dentaire dans le secteur antérieur et croissance faciale », présenté et soutenu par Basile THARRAULT (produit avec le recours), qui recommandait la prudence selon l'assurée.

b. Par réponse du 9 septembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 13 octobre 2025, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

d. Par lettre du 3 mars 2026, la chambre de céans a demandé à la recourante, avant toutes autres éventuelles mesures d'instruction et conformément à son devoir de collaboration, et avec pièces à l'appui, de présenter un énoncé chronologique (depuis son plus jeune âge), le plus précis possible, de tous les médecins-dentistes (sinon au moins les centres de médecine dentaire) consultés avec des dates ou au moins années, de leurs diagnostics, de leurs propositions de traitement, ainsi que des traitements effectivement réalisés ou de leur absence – ou report – de réalisation, avec si possible l'indication des motifs et buts/objectifs (des traitements effectués ou de leur absence/report).

e. Par écriture du 27 avril 2026, la recourante a apporté toutes les précisions possibles qu'elle considérait être en mesure de présenter.

Selon ses allégations, à l'âge de 10 ou 12 ans environ (entre 1988 et 1990), elle s'était vue diagnostiquer une agénésie dentaire multiple, portant sur neuf dents permanentes. Elle était alors suivie en France par le docteur H_____, chirurgien dentiste diplômé, lequel avait, à sa demande, attesté le 19 mars 2026 notamment ce qui suit : « [En lien avec mes confrères de l'université], collégialement, nous avons proposé dans un premier temps une surveillance régulière de la denture de [l'assurée] puis d'envisager le moment venu un système de contention pour retarder ce qui nous paraissait inéluctable dans le temps, la chute de ces dents lactéales ». Ce chirurgien dentiste ayant quitté peu de temps après la région, l'intéressée avait été suivie par la docteure I_____, aujourd'hui décédée.

Il ressort d'un échange de courriels entre fin mars et mai 2011 avec le centre de référence parisien que le rendez-vous prévu le 3 janvier 2011 avait bien eu lieu et que les spécialistes alors en charge de cette consultation était la Pre F_____ et le docteur J_____. Ce dernier avait établi un « plan de traitement », et la Pre F_____ avait écrit le 31 mars 2011 à la patiente en lui transmettant « un compte rendu avec tous les détails pour [qu'elle puisse] le donner à l'orthodontiste qui [la suivrait] ». Le 1^{er} avril 2011, l'intéressée avait posé des questions à la Pre F_____ au sujet dudit « plan de traitement ». Le 24 mai 2011, le Dr J_____ lui avait écrit : « Le plan de traitement proposé représente des principes de traitement qui peuvent être proposés à votre chirurgien-dentiste et/ou votre orthodontiste. [À la ligne] Votre praticien est bien sûr tout à fait libre de vous proposer d'autres

projets thérapeutiques et notamment en ce qui concerne les chronologies de traitement. [À la ligne] En ce qui concerne les agénésies notées sur le compte rendu du 30/03/11, il faut bien sûr ajouter les agénésies 41 et 31 et 15 au lieu de 14 ».

Entre fin mars et avril 2026, la recourante avait demandé au centre de référence parisien de lui transmettre le « plan de traitement » – dont elle ne disposait pas –, mais elle n’avait pas obtenu de réponse de la part du Dr J_____, la Pre F_____ étant quant à elle décédée.

f. Par écrit du 23 juin 2026, l’intimée a considéré que les pièces produites ne démontraient en rien que le traitement en cause n’aurait pas pu être dispensé avant l’âge de 20 ans, et a maintenu les termes de ses précédents écrits.

g. Les 3, respectivement 10 août 2026, la recourante et l’intimée ont indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l’encontre du docteur K_____, médecin-dentiste, de la division de médecine dentaire régénérative et de parodontologie de la Clinique universitaire de médecine dentaire (ci-après : CUMD) à Genève, dont la désignation comme expert avait été envisagée par une lettre de la chambre de céans du 13 juillet 2026, ni de questions complémentaires à poser en plus de celles contenues dans le projet de mission d’expertise annexé à ladite lettre.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l’art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l’organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l’assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l’art. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s’appliquent à l’assurance-maladie, à moins que la LAMal ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l’assurance-maladie (LSAMal - RS 832.12) n’y dérogent expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 3 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si l’intimée est fondée ou non à refuser la prise en charge, d’une manière générale, des coûts liés aux traitement orthodontique et à la réhabilitation implant-prothétique de l’agénésie dont la

recourante souffre, et plus spécifiquement des coûts, selon le devis du 16 juillet 2024 de la médecin-dentiste B_____, du traitement des mâchoires supérieure et inférieure au moyen de couronnes sur les implants dans les zones 13, 23, 25, 31, 35 et 36.

3.

3.1 En vertu de l'art. 25 al. 1 LAMal – intitulé « 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.

Selon l'art. 27 LAMal, en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGa) non couverte par l'AI, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Conformément à l'art. 31 LAMal – intitulé « soins dentaires » –, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires : s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c ; al. 1). Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1 (*recte* : 1a) al. 2 let. b de la loi (al. 2).

Pour ce qui est des « conditions et étendue de la prise en charge des coûts » (section 2), l'art. 32 LAMal prévoit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).

Aux termes de l'art. 34 al. 1 LAMal, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

3.2 À teneur de l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les mesures de prévention visées à l'art. 26 LAMal, les prestations en cas de maternité visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal et les soins dentaires visés à l'art. 31 al. 1 LAMal.

Ainsi, les art. 17 à 19a (chapitre 5) de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) sont consacrés aux « soins dentaires ».

Selon l'art. 19a al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'al. 2, lorsque : les traitements sont nécessaires après la 20^{ème} année (let. a) ; les traitements sont

nécessaires avant la 20^{ème} année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'AI (let. b).

En vertu de l'al. 2 dudit art. 19a OPAS, les infirmités congénitales, au sens de l'al. 1, sont, entre autres, l'anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse (ch. 18, dont l'application dans le cas présent est admise par les parties).

3.3 Selon la jurisprudence, la répartition des compétences en matière de prise en charge des malformations dentaires congénitales, qui découle des art. 13 ss de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), 27 LAMal et 19a al. 1 OPAS, repose sur l'idée que, pour être efficaces, les traitements dentaires doivent être effectués au moment médicalement opportun, c'est-à-dire en règle générale avant l'âge de 20 ans révolu et donc avant la fin de l'obligation de l'AI de verser des prestations. Ainsi, la prise en charge des frais du premier traitement par l'assurance obligatoire des soins après l'âge de 20 ans est généralement exclue, à moins que le report du traitement ne soit motivé exclusivement par des raisons médicales. Cela se justifie notamment par le fait que, même dans le cas d'une malformation dentaire congénitale, la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins est en principe subordonnée à une affection grave et inévitable du système masticatoire (art. 31 al. 1 let. a LAMal en relation avec l'art. 27 LAMal). Si le traitement a été reporté sans indication médicale jusqu'après l'âge de 20 ans, cela indique généralement que la gravité nécessaire de la maladie n'est pas présente (ATF 147 V 187 consid. 5.1 et les arrêts cités).

En d'autres termes, d'après le Tribunal fédéral, sont réputés nécessaires au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS seulement ceux des traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, pour des raisons médicales, requièrent une intervention au-delà de l'âge de 20 ans. 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 – et qui auraient été à la charge de l'AI – mais qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assureur-maladie (ATF 130 V 294 consid. 5.2-5.5 ; précision de la jurisprudence rendue aux ATF 129 V 80).

À teneur de ce même ATF 130 V 294, conformément à l'esprit de la réglementation ainsi exposée, l'Atlas des maladies ayant des répercussions sur le système masticatoire (NDR : actuellement l'Atlas des maladies affectant le système de la mastication) publié par la SSO (ci-après : l'Atlas SSO) – dont les indications ne sont toutefois pas contraignantes pour le juge des assurances sociales (ATF 124 V 351) – souligne à la page 169 – d'une ancienne version – que, dans la plupart des cas d'infirmités congénitales énumérées à l'alinéa 2 de l'art. 19a OPAS, le traitement peut être achevé avant l'âge de 20 ans et être ainsi pris en charge par l'assurance invalidité, tandis que, plus rarement, le traitement

primaire doit, pour des raisons médicales, être poursuivi au-delà de l'âge de 20 ans. Dans ces cas, il s'agit principalement d'affections pour lesquelles les interventions de chirurgie maxillo-faciale ne sont indiquées qu'à la fin de la croissance pubertaire et constituent la base des mesures orthodontiques et restauratrices (prothétiques) ultérieures. L'Atlas SSO mentionne avec un astérisque les cas dans lesquels de telles situations peuvent se produire plus fréquemment et dans lesquels des révisions secondaires d'un traitement primaire peuvent s'avérer nécessaires à un stade ultérieur de la vie. Selon l'Atlas SSO, cela peut notamment être le cas en cas de prognathisme inférieur congénital (ATF 130 V 294 consid. 5.3.5).

Ainsi, la nécessité d'un traitement dentaire occasionné par une infirmité congénitale après la 20^{ème} année au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS doit être admise lorsque des raisons médicales exigent que l'intervention soit pratiquée à ce moment-là seulement (ATF 130 V 459 consid. 1.2 ; confirmation de la jurisprudence publiée aux ATF 130 V 294). Si, en dépit de l'indication médicale, l'intervention est repoussée sur des années voire sur des dizaines d'années, la nécessité du traitement dentaire au sens de la disposition réglementaire précitée n'est plus donnée (ATF 130 V 459 consid. 3).

Dans l'ATF 147 V 187 précité, à la fin de son raisonnement juridique, selon la Haute Cour, il ne ressort ni de l'art. 19a al. 1 OPAS ni de la jurisprudence y afférente que l'obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins soit refusée, sans autre examen, aux traitements consécutifs à un premier traitement (ou traitement initial) lorsque l'assurée a fait soigner son infirmité congénitale sans raison médicale apparente après avoir atteint l'âge de 20 ans. Au contraire : si le traitement consécutif à un premier traitement entrepris avant l'âge de 20 ans (ou après cette date pour des raisons médicales) avait dû être effectué après l'âge de 20 ans selon la vraisemblance prépondérante, il s'agirait d'un traitement qui, au sens de l'art. 19a al. 1 OPAS, est (médicalement) nécessaire après l'âge de 20 ans. Selon le Tribunal fédéral, le fait que tel soit le cas ici n'est – à juste titre – pas contesté. Ainsi, dans ce cas traité par le Tribunal fédéral, n'est pas décisive la question de savoir dans quelle mesure un traitement de l'infirmité congénitale des agénésies multiples (ch. 206 de l'ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 [OIC - RS 831.232.21]) aurait pu être achevé avant l'âge de 20 ans dans le cas de la personne assurée, ce qui ne peut pas être supposé sans autre. Il n'est pas nécessaire d'approfondir ce point, pas plus que la question de savoir dans quelle mesure un traitement, ne serait-ce qu'élémentaire, de la malformation congénitale a déjà eu lieu dans le pays d'origine avant que l'assurée n'atteigne l'âge de 20 ans (ATF 147 V 187 consid. 5.3.3).

D'une manière générale, selon le même arrêt, en présence d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication qui doit être qualifiée d'infirmité congénitale, le fait que le traitement initial a été effectué seulement après que la

personne assurée a atteint 20 ans révolus, sans raison médicale apparente, ne conduit pas nécessairement à l'exclusion de la prise en charge des traitements ultérieurs par l'assurance obligatoire des soins (ATF 147 V 187 consid. 5).

3.4 Le juge des assurances sociales 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4.

4.1 En l'espèce, il est admis par les parties que la recourante souffre d'une anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse, selon le texte même de l'art. 19a al. 2 ch. 18 OPAS de même que du ch. 206 OCI.

4.2 L'intimée considère que le traitement dentaire dont la prise en charge est demandée par la recourante n'est pas nécessaire au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS, au motif qu'il aurait pu être réalisé avant l'âge de 20 ans.

La recourante le conteste. Elle allègue en particulier que la prise en charge sollicitée ne constitue pas un premier traitement, mais la continuité d'un traitement – initial – (ou premier traitement) qui a déjà commencé à l'âge de 10-11 ans puis a continué avec la mise en place de prothèses à l'âge de 20 ans.

4.3 Cela étant, sur la base d'un examen sommaire du cas, ni les éléments factuels allégués par l'intéressée ou figurant au dossier ni les écritures des parties ni les principes de droit rappelés plus haut ne paraissent en l'état suffisants pour permettre de trancher la question de la nécessité du traitement dont la prise en charge est demandée, en application de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS.

La position de refus de l'assurance ne repose pas sur un avis médical, la prise de position de son médecin-conseil ayant uniquement consisté en l'admission de l'existence de l'infirmité congénitale 206.

À cet égard, à teneur de l'Atlas SSO dans sa version actuelle (Atlas des maladies affectant le système de la mastication [« Atlas LAMal »], 4^{ème} édition 2018, mise à jour juin 2025), concernant le ch. 206 OIC *ad* art. 19a OPAS, seules les radiographies de la phase prépubertaire permettent de différencier de façon formelle une anodontie congénitale par rapport à une anodontie partielle consécutive à un traumatisme ou des extractions. Comme mesures thérapeutiques est indiquée : restaurations dentaires, souvent à n'envisager qu'après traitement préalable par orthodontie et/ou chirurgie maxillo-faciale (p. 116). Ceci ne paraît pas suffisant pour trancher le présent litige.

4.4 Dans ces circonstances particulières, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire.

- 5.** En conséquence, une expertise judiciaire doit être mise en œuvre, avec les questions qui suivent, et sera confiée à la CUMD, plus précisément au Dr K_____, médecin-dentiste.

La suite de la procédure est réservée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Ordonne une expertise judiciaire concernant A_____ (la recourante).

Commet à ces fins la division de médecine dentaire régénérative et de parodontologie de la Clinique universitaire de médecine dentaire (CUMD) à Genève, plus précisément le docteur K_____, médecin-dentiste.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A.** Prendre connaissance du dossier de la cause et, si besoin, prendre tous renseignements utiles auprès des docteurs B_____ et/ou D_____, médecins-dentistes, voire solliciter des avis de tiers (qui devraient alors être mentionnés dans le rapport d'expertise).

Avoir un entretien avec la recourante (y compris anamnèse) et examiner ses dents.

- B.** Répondre aux questions suivantes, avec une motivation circonstanciée, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (au sens du considérant 3.4 plus haut) :

1. Quel est ou quels sont le ou les diagnostics ?
2. Est-ce une maladie grave et non évitable du système de la mastication (*cf.* art. 31 LAMal), et s'agit-il bien d'une infirmité congénitale (*cf.* art. 27 LAMal) ? Si oui, laquelle ?
3. Comment juger-vous le traitement dentaire proposé/préconisé par la docteure B_____ ?
4. Ce traitement est-il nécessaire au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS, en ce sens qu'il serait occasionné par une infirmité congénitale qui, pour des raisons médicales, requiert une intervention au-delà de l'âge de 20 ans (et pas avant 20 ans) ?
5. Ledit traitement aurait-il pu être effectué avant cette limite temporelle (l'âge de 20 ans) – y compris (notamment) sous l'angle de la question de savoir si la médecine dentaire était assez avancée à cette époque pour permettre un tel traitement – ? Pourquoi précisément ?
6. La non-réalisation de ce traitement est-elle due à des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assureur-maladie obligatoire, c'est-à-dire des motifs non médicaux ?
7. Selon ce que l'expert constate sur la base du dossier, des explications de la recourante (notamment anamnèse) et de l'examen clinique, quels ont été les traitements dentaires effectivement réalisés avant les 20 ans de l'intéressée, et ceux qui n'ont été effectués qu'après cet âge pour des raisons médicales (NDR : « pour

des raisons médicales » signifie qu'ils n'auraient pas pu être réalisés avant l'âge de 20 ans pour des motifs médicaux) ? Pour les traitements dentaires qui n'auraient été réalisés qu'après l'âge de 20 ans, indiquer s'ils auraient pu ou non être effectués avant cet âge de 20 ans.

8. Les traitements dentaires requis par la dentition de la recourante ont-ils été effectués ? Avant l'âge de 20 ans ? Ou après l'âge de 20 ans ? Si c'était après cet âge, était-ce pour des raisons médicales ou pour d'autres motifs sans lien avec la médecine dentaire ?

9. Les traitements dentaires effectivement réalisés avant l'âge de 20 ans et/ou seulement après cet âge pour des raisons médicales paraissent-il avoir été efficaces, adéquats et économiques (*cf.* art. 32 LAMal) ? Étaient-ils les seuls pouvant alors être envisagés ?

10. Constituait-il un traitement initial – ou premier traitement – (au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral citée plus haut) ?

11. Le traitement dentaire – litigieux – préconisé par la docteure B_____ est-il ou non consécutif à un tel premier traitement ? Par exemple, par rapport à un premier traitement, en raison de l'aggravation de l'infirmité congénitale et/ou de l'usure, et/ou d'une rechute ou de séquelles tardives (de l'affection traitée déjà correctement par l'appareillage initial), etc. ?

12. Ce traitement dentaire proposé par la docteure B_____ aurait-il pu ou dû être effectué bien avant la période actuelle ? Si oui, quand selon vous ?

13. Y aurait-il d'autres traitements possibles, voire meilleurs, que celui préconisé par la docteure B_____ ? Si oui, lesquels et pourquoi précisément ?

14. Le traitement dentaire proposé par la docteure B_____ est-il ou non (à apprécier de manière pronostique) :

- a. efficace ? en d'autres termes, permettant objectivement d'obtenir le résultat thérapeutique recherché, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique – ou à tout le moins l'empêchement de sa progression – ?
- b. adéquat ? en d'autres termes, présentant, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan thérapeutique ?
- c. économique ? en d'autres termes, s'il n'y a pas de différences importantes entre les possibilités de traitement alternatives du point de vue de l'adéquation par rapport au résultat thérapeutique recherché, quel est le traitement le moins onéreux et donc le plus économique ? (estimez aussi les coûts estimatifs respectifs des traitements entrant en ligne de compte).

15. Après l'examen qui précède, quel traitement préconisez-vous, sous l'angle des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, de même que –

dans la mesure du possible – sous l’angle de la nécessité (en ce sens que, pour des raisons médicales, il n’aurait pas pu être réalisé avant l’âge de 20 ans) ? Motiver.

16. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

C. Invite l’expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

D. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le