

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2737/2013

ATAS/604/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 20 août 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de  
Chêne 54, GENÈVE

intimé

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le bénéficiaire), né en 1974, est au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité depuis plusieurs années, ainsi que de prestations complémentaires. Ces dernières lui sont versées par le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC).
2. Le 29 mai 2012, le docteur B\_\_\_\_\_, dentiste, a adressé au SPC un devis d'un montant de CHF 1'621.80. Il a au surplus rempli un questionnaire pour soins dentaires dont il ressortait que l'hygiène du parient et l'état parodontal étaient bons.  
Par courrier du 16 juillet 2012, le SPC a accepté ce plan de traitement dans son intégralité.  
La facture finale s'est en définitive élevée à CHF 1'021.45 et a été prise en charge par le SPC (cf. décision du 13 août 2013).
3. Le 7 décembre 2012, le cabinet dentaire C\_\_\_\_\_ (ci-après : le cabinet dentaire) - soit, pour lui, la doctoresse D\_\_\_\_\_ - a adressé au SPC un devis d'un montant de CHF 10'511.05 (CHF 90397.05 [2409.5 pts x 3,90] d'honoraires + CHF 330.- de frais de laboratoire + CHF 784.- de matériel et médicaments). Le traitement était brièvement décrit comme suit : « multi-attaches bimaxillaire 18 mois + contentions ».
4. Interpellé par le SPC pour une « expertise dentaire », le docteur E\_\_\_\_\_, dentiste-conseil, a émis l'avis, le 19 avril 2013, que ce plan de traitement devait être refusé au motif que « les traitements orthodontiques ne sont jamais admis chez l'adulte ».
5. Par décision du 10 mai 2013, le SPC a refusé de participer aux coûts du traitement proposé par la Dresse D\_\_\_\_\_ au motif qu'il ne pouvait être qualifié de simple, économique et adéquat au sens de la loi.
6. Par courrier du 15 juillet 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision.  
En premier lieu, l'assuré a mis en doute l'avis du médecin-conseil, dont il a qualifié les avis de « mensongers ».  
En second lieu, l'assuré a reconnu que le devis du cabinet dentaire ne correspondait « pas du tout au traitement simple et économique ». Il l'a en revanche estimé « tout à fait adéquat ».  
Enfin, l'assuré a défendu l'opinion que ce traitement devait être pris en charge, d'autant que d'autres traitements l'avaient déjà été par le passé.
7. Par décision du 19 août 2013, le SPC a rejeté l'opposition et confirmé sa position.

Le SPC a retenu en substance que, selon la législation en vigueur, les frais orthodontique ne sauraient être remboursés aux personnes adultes.

Qui plus est, le traitement envisagé ne répondait pas aux critères de simplicité, d'économicité et d'adéquation et n'avait pas pour but le rétablissement de la fonction masticatoire.

8. Par pli du 26 août 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans.

Le recourant allègue que par le passé, le SPC a déjà accepté la prise en charge de traitements dentaires. Il impute le fait que cette prise en charge lui soit désormais refusée au Dr E\_\_\_\_\_, « réputé pour rendre inaccessible les soins dentaires, aux assurés » (sic).

Le recourant invoque ensuite une procédure remontant à 2007, au terme de laquelle sa caisse-maladie aurait été condamnée à prendre en charge un traitement dentaire.

Il explique que ses problèmes maxillaires n'ont pas été résolus et en impute la responsabilité à l'incompétence de certains des dentistes l'ayant suivi.

Il propose que l'intimé lui rembourse les frais liés à son traitement dentaire uniquement « aux prix pratiqués de fournitures économiques et adéquates des prestations » (sic).

Enfin, de manière assez confuse, le recourant fait valoir que le traitement en cause ne serait pas seulement orthodontique et viserait à corriger les défauts remarqués suite à sa dernière opération, en 2004.

9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 octobre 2013, a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa position, il produit un courrier rédigé le 27 septembre 2013 par son dentiste-conseil. Celui-ci y affirme que le devis porte uniquement sur des soins orthodontiques et précise :

« il est clairement établi que ce type de soins proposé à une personne adulte n'est jamais admis par le Service des prestations complémentaires de Genève, comme l'information a toujours été précisée à l'ensemble des médecins-dentistes de la place ».

10. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 7 novembre 2013.

Le recourant a expliqué avoir subi, en 2003 et 2004, un traitement dentaire dont l'assurance-maladie avait dans un premier temps refusé de prendre en charge les frais, avant d'accepter finalement. Suite à cette opération, des problèmes ont subsisté, car il aurait été mis fin au traitement de manière prématurée.

L'intimé s'est pour sa part référé à l'avis de son dentiste-conseil, lequel a confirmé que le traitement devisé était uniquement orthodontique, ce que le recourant a contesté, alléguant que sa fonction masticatoire est directement concernée.

11. Interrogé par la Cour de céans, la Dresse D\_\_\_\_\_ a répondu le 27 novembre 2013.

De sa réponse, il ressort que le traitement litigieux est orthodontique (bagues en céramique aux deux mâchoires) et qu'il est associé à une chirurgie maxillo-faciale des deux mâchoires, pour une durée totale estimée à 18 mois.

Les objectifs sont les suivants :

- corriger une récurrence suite au traitement réalisé en 2004 ;
- répondre à la demande de l'assuré, non satisfait, malgré plusieurs traitements orthodontico-chirurgicaux ;
- répondre à la demande du chirurgien (préparation orthodontique indispensable à la nouvelle chirurgie, consistant en une avancée des deux mâchoires, étant précisé que cette phase de préparation - qui consiste à aligner les dents et à coordonner la forme des mâchoires - nécessite en général 12 mois et est suivie d'une phase de finition et de consolidation orthodontiques de 6 mois.

Le médecin a émis l'avis que ce traitement peut être qualifié de simple car c'est le plus direct pour un résultat acceptable, étant précisé qu'il est difficile en l'occurrence en raison du fait que les dents et l'os ont été affaiblis par les traitements précédents.

Selon la Dresse D\_\_\_\_\_, le traitement est économique, car il existe sur le marché d'autres bagues que celles choisies pour le traitement du recourant, très sophistiquées et invisibles car posées du côté de la face linguale des dents, qui auraient entraîné une augmentation de 50%.

La Dresse D\_\_\_\_\_ a convenu qu'il existait une alternative moins coûteuse, permettant une économie de CHF 500.-, passant par l'utilisation de bagues métalliques au lieu de bagues en céramique blanche.

Enfin, elle a affirmé que ledit traitement était « 100% fonctionnel » et sans aucune motivation esthétique. Le dentiste a expliqué qu'au niveau des traits d'incision de la chirurgie maxillo-faciale effectuée en 2004, étaient apparus des espaces très importants, atypiques, entre les molaires de la mâchoire supérieure, engendrant des interférences très préjudiciables pour la denture et la fonction masticatoire.

12. L'intimé, par écriture du 17 décembre 2013, s'est référé à l'avis de son dentiste-conseil.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a émis l'avis que la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, ne pouvait que donner un avis favorable ou faire une proposition de traitement après

avoir constaté des malpositions dentaires très importantes sur les deux arcades dentaires. Le médecin-conseil a par ailleurs relevé que la doctoresse n'avait donné aucune précision au sujet de la récurrence qui serait intervenue depuis un traitement en 2004.

Il a ensuite fait valoir l'opinion que le traitement n'est pas simple, vu l'âge de l'intéressé (presque 40 ans) et les risques ultérieurs. De son point de vue, le traitement n'est pas non plus économique car, au choix des bagues invisibles, déjà très onéreuses, s'ajoute la nécessité, d'après la doctoresse, d'une chirurgie maxillo-faciale importante dont on ignore en quoi elle consistera. Au demeurant, la pose de bagues moins onéreuses ne correspondrait toujours pas à une solution que l'on pourrait qualifier d'économique.

Selon lui, le traitement tel que proposé par le cabinet est uniquement orthodontique.

Pour le surplus, le dentiste-conseil de l'intimé a souligné que le dentiste ne donnait aucun détail sur la situation bucco-dentaire constatée. A cet égard, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé n'avoir jamais pu effectuer d'examen buccal du recourant et avoir dû se contenter de prendre contact avec tous les praticiens l'ayant vu ; il avait alors appris que l'assuré, jamais satisfait des soins réalisés, avait déposé des plaintes envers plusieurs praticiens et usé d'artifices personnels afin de déplacer lui-même les dents mises correctement sur les arcades.

Au vu du manque de renseignements médicaux détaillés indispensables afin de pouvoir statuer sur le cas du recourant, le Dr E\_\_\_\_\_ a suggéré de prendre contact avec la Dresse F\_\_\_\_\_, le Prof. G\_\_\_\_\_, le Prof. H\_\_\_\_\_ ou encore d'autres médecins comme le Dr I\_\_\_\_\_, afin d'éclaircir la situation.

Enfin, en admettant que le traitement orthodontique litigieux et la chirurgie maxillo-faciale soient devenus indispensables, le dentiste-conseil a émis l'hypothèse d'un possible problème de santé (malformation osseuse à évolution permanente qui provoquerait des déplacements des dents) général, lequel serait alors du ressort de l'assurance-maladie, non du SPC.

Selon lui, en matière de prestations complémentaires, les traitements orthodontiques sont exclus après l'âge de 20 ans.

13. Le 23 mai 2014, le recourant a informé la Cour de céans qu'il serait désormais représenté par un avocat, lequel s'est déterminé en date du 27 juin 2014, après avoir pris connaissance du dossier.

Le conseil du recourant a exposé que son mandant avait fait l'objet de différents traitements depuis l'âge de 11 ans, suite à une dysmorphose faciale.

Il fait remarquer que les dispositions légales n'excluent aucunement la prise en charge de traitements orthodontiques chez les adultes. Les seules conditions posées

à la prise en charge d'un traitement dentaire concernant son caractère économique, simple et adéquat, conditions qui seraient remplies en l'espèce.

Pour le reste, le recourant a conclu à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, voire à la suspension de la cause jusqu'à ce que l'assurance-maladie se prononce sur la prise en charge du traitement préconisé.

14. Par écriture du 18 août 2014, l'intimé a souligné qu'aux conditions d'économicité, de simplicité et d'adéquation, s'ajoutait celle du rétablissement de la fonction masticatoire, non remplie en l'occurrence.
15. Par pli du 9 mars 2015, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a communiqué les questions qu'elle entendait poser afin qu'elles se déterminent et suggèrent un nom d'expert.
16. Par écriture du 16 avril 2015, le recourant a fait valoir que si la question litigieuse était celle de la prise en charge du traitement d'orthodontie, celui-ci était lié étroitement au traitement maxillo-facial auquel il devait se soumettre. En conséquence, il a réclamé une expertise bidisciplinaire. Il a souligné avoir déjà consulté de nombreux médecins en Suisse romande.
17. L'intimé s'est quant à lui exprimé en date du 24 mars 2015, en indiquant n'avoir aucune question supplémentaire à poser.
18. De multiples praticiens contactés par la Cour de céans ont décliné la possibilité de réaliser l'expertise sollicitée. Finalement, les Drs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale et K\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, membre SSO, ont accepté le mandat.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).  
b) S'agissant des prestations complémentaire cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RSG J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit.  
c) En l'espèce, le recours a été adressé dans les forme et délai légaux (art. 56ss LPGA), de sorte qu'il est recevable.
3. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC; 831.30]).  
Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).
4. Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire ayant fait l'objet du devis du 7 décembre 2012.
5. a) Aux termes de l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis. Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent être toutefois être inférieurs à 25'000 fr. pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital. L'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (J 4 20; LPFC) délègue au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, qui répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'article 14, alinéa 3, de la loi fédérale (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

b) Il sied de relever que la LPC a été totalement révisée dans le cadre de la loi concernant l'adoption et la modification d'actes dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et que c'est à cette occasion que la compétence de définir les frais de maladie et d'invalidité qui, dans les limites du droit fédéral, peuvent être remboursés, a été transférée aux cantons (Message du Conseil fédéral du 7 septembre 2005 sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) [FF 2005 5641 p. 5839]). Ces frais étaient jusqu'alors déterminés par les dispositions de l'ordonnance du Conseil fédéral du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), abrogée par la RPT. Cependant, selon les dispositions transitoires de la LPC (art. 34), les art. 3 à 18 de l'OMPC dans sa version en vigueur au 31 décembre 2007 restaient applicables par analogie, pour une durée maximale de trois ans dès le 1er janvier 2008, tant que les cantons n'avaient pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14. al. 1 LPC.

c) Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF I 648/06 du 8 août 2007, consid. 3), la légalité de la décision litigieuse doit être examinée selon le règlement en vigueur depuis le 1er janvier 2011 (la décision datant de 2013), ce qui ne change rien à la solution du litige, eu égard à la teneur identique de l'OMPC et de la jurisprudence y relative.

6. a) Le Conseil d'État a fait usage de la compétence lui étant déléguée par l'art. 2 al. 1 let. c LPFC en édictant le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011.

b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat.

Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI) est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et le tarif AA/AM/AI pour le remboursement des travaux de technique dentaire (al. 2).

Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser CHF 3'000.-, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement (al. 3).

Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI (al. 5).

c) D'après les tarifs AA/AM/AI édictés par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) valables au 1<sup>er</sup> juillet 2012, la valeur du point concernant le tarif dentaire est de CHF 3.10.

d) D'après le Tribunal fédéral, « si plusieurs traitements entrent en considération, il convient, dans le domaine des prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse survivants et invalidité, comme dans celui de l'assurance-maladie, de comparer les coûts et bénéfices respectifs des traitements envisagés. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché – le rétablissement de la fonction masticatoire – en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (cf. ATF 124 V 200 consid. 3 et les références) » (arrêt non publié du Tribunal fédéral P 22/02 du 5 août 2002, consid. 2).

e) Par ailleurs, à l'occasion d'un arrêt rendu sous l'empire de l'OMPC et de la troisième révision de la LPC, le Tribunal fédéral a précisé que la notion de "frais de dentiste" au sens de l'art. 3d al. 1 let. a LPC – l'actuel art. 14 al. 1 let. a LPC parle désormais de "frais de traitement dentaire" – comprend en principe les coûts occasionnés par tous les traitements dentaires, lesquels doivent être remboursés, pour autant que les conditions posées par l'art. 8 OMPC – remplacé désormais par l'art. 10 RFMPC, d'une teneur quasi identique – sont remplies (ATF 130 V 185 du 6 mai 2004, consid. 4.3.6).

7. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. En espèce, l'intimé refuse de prendre en charge le traitement dentaire devisé au motif qu'il s'agit d'un traitement orthodontique dont la prise en charge, en tant que tel, serait d'emblée exclue s'agissant d'un adulte. Il considère au surplus que ce traitement ne remplit pas les conditions d'économicité, de simplicité et d'adéquation et qu'il n'est pas nécessaire au rétablissement de la fonction masticatoire.

Ainsi que le relève à juste titre le recourant, force est de constater qu'aucune base légale ou jurisprudentielle n'exclut d'emblée la prise en charge d'un traitement dentaire orthodontique chez une personne adulte ; au contraire, selon la jurisprudence, en principe, la LPC permet la prise en charge de tous les traitements dentaires, sous réserve qu'ils aient pour but le rétablissement de la fonction

masticatoire et que les conditions de l'art 10 RFMPC soient satisfaites (ATF 130 V 185, consid. 4.3.6 et arrêt non publié du Tribunal fédéral P 22/02 du 5 août 2002, consid. 2).

En l'état du dossier, la Cour de céans constate qu'elle ne dispose pas de suffisamment d'éléments pour trancher la question de savoir si ces différentes conditions sont réunies.

La Dresse D\_\_\_\_\_ explique certes que le traitement orthodontique litigieux est un préalable indispensable à une future chirurgie maxillo-faciale qui serait pratiquée par le Dr I\_\_\_\_\_, mais dont on ignore en quoi elle consistera exactement et si cette chirurgie est indispensable au rétablissement de la fonction masticatoire.

Les avis divergent par ailleurs quant à la question de savoir si les critères de simplicité, d'économicité et d'adéquation du traitement proposé par la Dresse D\_\_\_\_\_ sont remplis.

L'intimé lui-même a admis que les renseignements médicaux détaillés indispensables à la résolution de ces questions faisait défaut.

Enfin, se pose la question de savoir si ce ne serait pas à l'assureur-maladie de prendre en charge le traitement proposé.

Au vu de ces considérations, une expertise judiciaire s'avère nécessaire, qui sera confiée aux Drs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale et K\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, membre SSO.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise dentaire, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, du dossier de la présente procédure et s'être entouré de l'avis de tiers au besoin, et avoir pris contact avec la Doctoresse F\_\_\_\_\_, avec le Professeur G\_\_\_\_\_, avec le Professeur H\_\_\_\_\_ et avec le Dr I\_\_\_\_\_, afin de compléter le dossier dentaire de l'intéressé.
2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
  - 1- Etat de la situation détaillé (traitements suivis par le passé, résultats, situation bucco-dentaire actuelle, traitements envisagés pour le futur).
  - 2- Est-il exact que le traitement orthodontique préconisé par la Dresse D\_\_\_\_\_ est un préalable indispensable à la chirurgie maxillo-faciale envisagée par le Dr I\_\_\_\_\_ ?
  - 3- Quels sont exactement les objectifs du traitement orthodontique envisagé ?
  - 4- Quels sont les objectifs du traitement de chirurgie maxillo-faciale envisagé ?
  - 5- Les deux traitements susmentionnés sont-ils indispensables au rétablissement de la fonction masticatoire ?
  - 6- Selon vous, le traitement devisé par la Dresse D\_\_\_\_\_ peut-il être qualifié de simple, d'économique et d'adéquat ? Veuillez motiver votre position pour chacun de ces critères.
  - 7- Existe-t-il un autre traitement possible, moins coûteux ?
  - 8- Est-il exact que le traitement orthodontique préconisé comporte des risques au vu de l'âge de l'intéressé ? Par ailleurs, quels seraient les risques encourus si l'assuré ne se soumettait pas au traitement ?
  - 9- La pose de bagues moins onéreuse correspondrait-elle à une solution que l'on pourrait qualifier d'économique ?
  - 10- En quoi consiste la récurrence évoquée par la Dresse D\_\_\_\_\_ ?
  - 11- Se trouve-t-on en présence d'un problème de santé général (malformation osseuse à évolution permanente qui provoquerait des déplacements des dents, par exemple) qui serait du ressort de l'assurance maladie ?

3. Commet à ces fins les Drs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale et K\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, membre SSO.
4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
5. Réserve le fond.
6. Fixe aux parties un **délai de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le