RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3320/2006 **ATAS/400/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 11 avril 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , TROINEX, représenté par CAP Protection juridique Mme Valérie RUFFIEUX	Recourant

contre

ASSURA, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise Z.I. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE	Intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Bertrand REICH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1951, est couvert depuis le 1er octobre 1985 par ASSURA assurance-maladie et accident (ci-après : ASSURA), d'une part, en assurance obligatoire des soins, d'autre part, en assurance complémentaire pour les soins spéciaux élargis (Complementa Plus), pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique (Optima) et pour les frais de médecines alternatives (Natura).

2. Il a été traitement du 24 juillet 1972 au 9 avril 2001 auprès de la Dresse A_____, médecin-dentiste à Odense (Danemark). Du 24 juillet 1972 au 28 décembre 1972, cette spécialiste a soigné le patient exclusivement pour des caries relatives aux dents 15 à 18, 26 et 27, 34, 36, 45 et 48. Puis, lors de son examen du 27 décembre 1977, elle a mis en évidence des poches parodontales généralisées de quatre millimètres ainsi que des caries aux dents 18, 27 et 46. Enfin, du 16 décembre 1985 au 26 avril 2000, lors d'un contrôle pratiqué chaque année à l'exception des années 1991 à 1993 et 1998, elle a traité le patient tant pour une parodontose que pour des caries.

3. Dans un rapport du 3 octobre 2002, le Dr B_____, médecin-dentiste, a exposé qu'il soignait le patient depuis 1995 et qu'il avait posé un diagnostic de parodontite avancée purulente avec des poches profondes ainsi qu'une mobilité dentaire avancée. Il a indiqué qu'il avait procédé à des détartrages, des curetages sous-gingivaux et des chirurgies parodontales de toute la dentition. Il a expliqué qu'après sept ans de traitement, le cas s'était stabilisé et qu'il continuait à voir le patient pour des curetages multiples trois fois par année. Enfin, il a précisé que l'origine de cette parodontie était probablement héréditaire et génétique.

4. Le 28 novembre 2002, l'assuré a transmis à ASSURA les factures relatives aux traitements effectués en 2002 en exposant qu'il s'agissait d'une maladie et que, depuis sept ans, il avait subi toutes sortes d'interventions chirurgicales aux gencives afin de "limiter les dégâts".

5. Dans un rapport non daté, mais timbré par ASSURA le 31 août 2005, le Dr B_____ a indiqué qu'il avait diagnostiqué une parodontite complexe d'origine héréditaire (congénitale) et que, dès le début du traitement, l'hygiène buccale ainsi que dentaire était bonne. Il a précisé que, depuis dix ans, le patient venait quatre fois par année pour des curetages sous gingivaux et deux fois par année pour des détartrages. Il a exposé qu'il avait constaté dernièrement une mobilité excessive, de stade trois, surtout dans la mâchoire supérieure mettant sérieusement en péril la fonction de mastication. Il a proposé une extraction, puis la pose tant de plusieurs implants que d'un bridge total. Il a demandé si le traitement qui s'avérait aujourd'hui nécessaire et urgent serait pris en charge par l'assurance-maladie de base du patient.

6. Le 31 août 2005, sur la base du préavis de son médecin-dentiste conseil, ASSURA a informé l'assuré que le traitement dentaire envisagé n'était pas à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, mais que son assurance complémentaire Complementa Plus prévoyait une participation aux soins dentaires de 800 fr. par année civile.

7. Par courrier du 19 septembre 2005, l'assuré a demandé à ASSURA de lui donner les raisons précises justifiant son refus, notamment les critères légaux qui ne seraient pas remplis.

8. Le 25 octobre 2005, ASSURA a répondu à l'assuré que l'assurance-maladie obligatoire ne couvrait pas la parodontite de l'adulte et ses suites, mais seulement la parodontite prépubertaire et la parodontite juvénile progressive ainsi que les effets secondaires irréversibles de médicaments.

9. L'assuré a adressé à ASSURA une note d'honoraires de 5'281 fr. pour soins donnés du 12 janvier au 14 mars 2006 par le Dr C_____, médecin-dentiste, une note d'honoraires de 220 fr. 50 pour soins donnés du 18 novembre 2005 au 10 janvier 2006 par le Dr D_____, médecin-dentiste, enfin, une note d'honoraires de 162 fr. pour soins donnés le 17 janvier 2006 par le Dr E_____, médecin-dentiste.

10. Le 20 avril 2006, l'assuré a demandé à ASSURA de revoir sa position et d'accepter la prise en charge des frais dentaires litigieux dès lors qu'aucun défaut d'hygiène ne pouvait lui être reproché de sorte qu'il était hautement vraisemblable que la grave parodontite dont il souffrait découlait d'une disposition génétique. Il a requis, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer le type et l'étiologie de cette affection des gencives et, plus subsidiairement, l'émission d'une décision formelle.

11. Par décision du 15 mai 2006, ASSURA a maintenu sa position estimant que la parodontite complexe congénitale ne figurait pas dans le catalogue exhaustif des soins dentaires prévus par le législateur dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Il a informé l'assuré que les notes d'honoraires que ce dernier lui avait adressées feraient l'objet d'un prochain décompte dans le cadre de l'assurance complémentaire Complementa Plus.

12. Par décompte du 19 mai 2006, ASSURA a pris partiellement en charge lesdites notes d'honoraires à raison de 800 fr. dans le cadre de l'assurance complémentaire.

13. Le 13 juin 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale aux fins de déterminer le type de parodontite dont il souffrait et, principalement, à la prise en charge du traitement dentaire nécessité par la parodontite qu'il présentait. Il a exposé que, selon le diagnostic posé par son médecin-dentiste traitant, il ne souffrait pas d'une

parodontite de l'adulte et qu'au surplus, cette forme de parodontite n'était pas répertoriée dans les divers systèmes de classification médicalement reconnue. Il a allégué que les premiers soins qu'il avait reçus pour la parodontite remontaient au plus tard à 1985, alors qu'il avait 34 ans, et que, selon la littérature, l'âge d'apparition de la parodontite juvénile progressive se situait entre 14 et 35 ans de sorte qu'il appartenait à ASSURA de prendre les mesures d'instruction nécessaires afin de trancher la question du type de parodontite dont il était atteint.

14. Dans un rapport du 29 juin 2006, le Dr F_____, médecin-dentiste conseil d'ASSURA, après avoir étudié la littérature médicale, a exposé que la parodontite juvénile consistait en une atteinte parodontale touchant les individus jeunes vers 11 à 15 ans sous forme de lésions affectant la face mésiale des premières molaires définitives ainsi que les incisives, le plus souvent de manière bilatérale, et qui pouvaient s'étendre aux autres dents. Il a ajouté que la flore bactérienne sous-gingivale était caractérisée par la présence de la bactérie A. Actitumycetemcomitans qui était considérée comme l'agent pathogène majeur de la parodontite juvénile et que la quantité de cette bactérie diminuait avec l'âge. Il a estimé que le diagnostic posé par le médecin-dentiste traitant en 2002 correspondait, au vu de l'âge du patient (51 ans), à une parodontite de l'adulte. En outre, il a précisé que le diagnostic posé par le Dr B_____ en 2005 de parodontite complexe d'origine héréditaire (congénitale) ne figurait dans aucune classification des maladies parodontales. Sur la base du journal des soins tenu par le médecin-dentiste danois, le Dr F_____ a relevé qu'en 1972, alors que le patient était âgé de 21 ans, le praticien ne mentionnait pas l'existence de poches parodontales qui auraient dû pourtant être présentes si l'assuré avait souffert des suites d'une parodontite juvénile progressive. Il a expliqué que de telles poches n'avaient été signalées pour la première fois qu'en 1977, alors que le patient était âgé de 26 ans, soit à l'âge auquel une parodontite de l'adulte peut très bien débuter. Il a estimé que tous ces arguments parlaient en faveur d'une parodontite de l'adulte car l'évolution d'une parodontite juvénile progressive était rapide si le diagnostic n'était pas posé précocement au moyen de radiographies qui, en l'occurrence, dataient de 1995 et montraient une parodontite de l'adulte en phase terminale.

15. Par décision sur opposition du 28 juillet 2006, ASSURA a rejeté l'opposition. Elle a estimé, sur la base du rapport de son médecin-dentiste conseil, qu'en l'absence tant de radiographies anciennes montrant les premiers stades de la maladie que d'une analyse bactériologique établissant la présence de la bactérie A. Actitumycetemcomitans, le diagnostic de parodontite juvénile progressive ne pouvait pas être retenu d'autant plus qu'il n'avait été évoqué ni par le praticien danois, ni par le Dr B_____. Elle a considéré que l'instruction du dossier avait été complète et objective de sorte que la mise en œuvre d'une expertise médicale était disproportionnée.

16. Par acte du 13 septembre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à la connaissance des résultats des analyses bactériologiques entreprises et, principalement, à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du traitement dentaire nécessité par son affection. Il admet que si l'affection qu'il présente est une parodontite de l'adulte, il ne peut pas prétendre à sa prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Il estime qu'il existe des doutes importants quant au diagnostic de la maladie dentaire dont il souffre. Il soutient que l'apparition de signes de parodontite alors qu'il était très jeune et les soins qu'il a toujours apportés à sa dentition ont conduit son médecin-dentiste traitant à diagnostiquer une infirmité congénitale et non pas une parodontite de l'adulte. Il expose qu'il va se soumettre très prochainement aux analyses bactériologiques permettant de déterminer le type de parodontite qu'il présente.

17. Le 20 septembre 2006, le recourant s'est soumis aux analyses bactériologiques permettant de déterminer l'existence d'une parodontite. Les résultats de l'analyse du 26 septembre 2006 révèlent l'absence totale d'Actinobacillus actinomycetemcomitans et de Prevotella intermedia, une charge bactérienne faible de Porphyromonas gingivalis (0%), une charge bactérienne forte tant de Tannerella forsythensis (3.36%) que de Treponema denticola (5.06%) et de Fusobacterium nucleatum ssp. (1.50%).

18. Dans son écriture du 4 octobre 2006 relative à la demande de suspension de la procédure, l'intimée a exposé que les analyses bactériologiques que le recourant entendait réaliser ne pourraient jamais prouver l'existence d'une parodontite juvénile progressive lorsque l'assuré avait 21 ans, faute d'avoir été réalisées à l'époque, soit en 1972. Pour le surplus, elle a précisé qu'elle ne s'opposait pas à la suspension de la procédure requise.

19. Le 23 octobre 2006, le recourant a produit dans la procédure les résultats d'analyses du 26 septembre 2006. Il a soutenu que ces résultats démontraient la présence de Porphyromonas gingivalis, bactérie qui était étroitement associée à la parodontite agressive localisée ou parodontite juvénile et qui prouvait indubitablement l'existence d'une telle maladie. Il a relevé que les divers traitements qu'il avait déjà subis, dont certains au laser, ainsi que son âge actuel interféraient dans les résultats qui ne révélaient qu'une faible présence bactérienne. Toutefois, il a estimé que la seule présence de la bactérie suffisait à poser le diagnostic de parodontite juvénile progressive. Subsidiairement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de trancher définitivement l'existence d'une parodontite juvénile progressive.

20. Dans son rapport du 15 novembre 2006, le Dr F_____ a souligné que la lecture des résultats des analyses bactériologiques montrait une présence très faible de Porphyromonas gingivalis au point que sa proportion relative à la charge

bactérienne totale représentait 0%. Il a expliqué que les autres bactéries décelées au cours de l'analyse constituaient la faune bactérienne habituellement rencontrée dans les cas de parodontite de l'adulte et n'étaient absolument pas typiques d'une parodontite juvénile progressive. Il a confirmé que le diagnostic de parodontite juvénile était erroné car les radiographies trop récentes pour juger des lésions, les analyses bactériennes sans résultat probant et l'âge du patient concordaient pour retenir le diagnostic de parodontite de l'adulte en phase terminale.

21. Dans sa réponse au fond du 12 décembre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. En outre, elle a produit dans la procédure le rapport du Dr F_____ du 15 novembre 2006. Elle a repris les mêmes arguments que dans sa décision sur opposition et a précisé qu'elle ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise médicale si celle-ci s'avérait indispensable malgré la littérature médicale versée au dossier.

22. Le 3 janvier 2007, le Tribunal a transmis cette écriture au recourant et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Etant donné que le présent recours concerne la prise en charge d'un traitement dentaire pratiqué du 18 novembre 2005 au 14 mars 2006, les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA de sorte que celle-ci est applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition date du 28 juillet 2006 et a été reçue par le recourant le 31 juillet 2006,

soit pendant la suspension des délais courant du 15 juillet au 15 août 2006 prévue par l'art. 89C let. b de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA). En conséquence, le délai de recours a commencé à courir le 16 août 2006 et est arrivé à échéance le 14 septembre 2006. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 13 septembre 2006 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si la parodontopathie diagnostiquée chez le recourant correspond à une parodontite juvénile progressive prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

5. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale.

6. a) D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, les soins dentaires sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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 encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

   b) Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), le Département fédéral de l'Intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal.

   c) Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal); 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. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal). La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie mentionnée aux art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 129 V 83 consid. 1.3 et 279 consid. 3.2; ATFA non publié du 28 mai 2004, K 88/03 consid. 1.1).

d) Dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS, est plus restrictive que la notion de maladie, valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 333 s. consid. 5a et b; SVR 2002 KV 39 p. 142 s. consid. 3d).

7. a) Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication ouvrant droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins figurent notamment les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) sous forme de parodontite pré pubertaire, de parodontite juvénile progressive ou d'effets secondaires irréversibles de médicaments (art. 17 let. b OPAS).

   b) Selon la jurisprudence, est «évitable» toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 125 V 19 consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1).

8. a) Une obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins dépend de l'existence d'une maladie assurée. Cette question suppose l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références).

   b) Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application de tarifs; il examine en particulier si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal).

   c) La LAMal attribue un rôle important et renforcé par rapport à l'ancien droit aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I p. 172). A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale. Son rôle vise notamment à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (ATFA non publié du 21 mars 2001, K 87/00, consid. 2d).

9. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, dans le domaine des assurances sociales, notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). En droit des assurances sociales, les parties supportent le fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé. Cette règle de preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

c) 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 LPGA), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

d) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

e) 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/bb et cc).

10. Le recourant ne conteste pas que la parodontite de l'adulte n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. En revanche, il prétend qu'il souffre d'une parodontite juvénile progressive et que son médecin-dentiste traitant a diagnostiqué une infirmité congénitale et non pas une parodontite de l'adulte en raison de son jeune âge lors de l'apparition des signes de parodontite et des soins qu'il a toujours apportés à l'entretien de ses dents. A l'appui de sa thèse, il se base sur deux rapports de son médecin-dentiste traitant.

Dans son rapport du 3 octobre 2002, le Dr B_____ a mentionné une parodontite avancée purulente avec des poches profondes et une mobilité dentaire avancée. Il a précisé que l'étiologie de cette parodontie était probablement héréditaire et génétique. Il a expliqué qu'il suivait le patient depuis 1995 et qu'après sept ans de traitement, le cas s'était stabilisé. Puis, dans son rapport reçu par l'intimée le 31 août 2005, le Dr B_____ a diagnostiqué une parodontite complexe d'origine héréditaire (congénitale). Il a ajouté que l'hygiène buccale et dentaire était bonne dès le début du traitement. Il a exposé que le patient avait subi des chirurgies parodontales supérieures et inférieures, qu'il l'avait examiné quatre fois par année pour des curetages et qu'il avait constaté dernièrement une mobilité excessive de stade trois, surtout dans la mâchoire supérieure, ce qui mettait sérieusement en péril la fonction de mastication. Il a préconisé une extraction, puis la pose de plusieurs implants et d'un bridge total par-dessus ceux-ci.

Dans son rapport du 3 octobre 2002, le médecin-traitant diagnostique une probable origine héréditaire et génétique à la parodontite avancée purulente. Puis, dans son rapport timbré par l'intimée le 31 août 2005, il ne motive pas son diagnostic de parodontite complexe d'origine héréditaire (congénitale) et se borne à invoquer la bonne hygiène buccale et dentaire du patient ce qui n'est pas suffisant pour déterminer l'étiologie de l'affection. Il y a lieu de souligner que le médecin-traitant ne pose pas clairement un diagnostic de parodontite juvénile progressive mais bien de parodontite à la probable origine héréditaire, génétique et congénitale. La question de savoir si ce diagnostic correspond à celui de parodontite juvénile progressive peut cependant rester non résolue.

En effet, même s'il fallait considérer qu'il y a identité entre ces deux diagnostics, force est de constater que les rapports du Dr B_____ ne sont que sommairement motivés et ne mentionnent aucun élément expliquant le diagnostic posé à part la bonne hygiène buccale du recourant qui n'est toutefois pas confirmée par les faits. Au contraire, il ressort du journal des soins de la Dresse A_____ que le recourant a dû subir un traitement en 1972 pour des caries aux dents 15 à 18, 26 et 27, 34, 36, 45 ainsi que 48 et qu'il ne s'est pas soumis à un contrôle annuel chez le dentiste de 1973 à 1976, de 1978 à 1984 et de 1991 à 1993. En conséquence, faute d'êtres suffisamment motivés et convaincants, ces rapports ne remplissent pas les critères jurisprudentiels pour qu'une valeur probante leur soit reconnue (ATF 125 V 352 ss consid. 3). De plus, le médecin-traitant ne fait état que d'une probable origine héréditaire, soit d'une hypothèse possible et non pas d'un diagnostic établi au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante ce qui est insuffisant, en droit des assurances sociales, pour admettre l'existence d'un tel diagnostic (ATF 126 V 360 consid. 5b).

De plus, il est étonnant qu'un tel diagnostic ne soit posé qu'en 2002, soit plus de sept ans après le début du traitement qui avait pourtant déjà nécessité diverses chirurgies parodontales, alors que le médecin-traitant était au courant de l'obligation de prise en charge de la parodontite juvénile progressive par l'assurance-maladie obligatoire et alors que les symptômes de la parodontite avaient déjà été constatés au Danemark pour la première fois en 1977 lorsque le recourant était âgé de 26 ans. La tardiveté de la mention de ce diagnostic ne peut que confirmer qu'il s'agit d'une simple hypothèse de travail et non pas d'un diagnostic avéré.

11. La parodontite est une inflammation du parodonte, c'est-à-dire des tissus de soutien de la dent : gencives, ligament alvéolaire (périodonte), cément, os alvéolaire (Dictionnaire des termes de médecine, Garnier Delamare, 28^{e} édition). L'infection chronique de la gencive et des structures d'ancrage des dents commence par la formation d'une plaque bactérienne. Le processus débute de façon invisible au-dessus de la ligne gingivale et dans le sillon gingival. En l'absence de traitement, il se produit une inflammation chronique qui entraîne une hyperhémie indolore de la gencive libre et attachée (gingivite) qui saigne habituellement lors du brossage des

dents. Si elle est ignorée, il apparaît une parodontite qui conduit à l'enfouissement du sillon physiologique et à la destruction du ligament alvéolodentaire. Des poches se développent autour des dents et se remplissent avec du pus et des débris cellulaires. Lorsque le périodonte est détruit la dent est perdue et tombe. Il peut également se produire une résorption de l'os alvéolaire (HARRISON, Principes de Médecine interne, 16ème édition, 2006, p. 194).

En général la parodontite de l'adulte débute vers la trentaine et est d'évolution lente (plus d'une dizaine d'années) avec quelques crises paroxysmiques au cours desquelles les gencives sont gonflées et saignent au moindre contact, notamment au brossage. Chez l'adolescent, cette parodontite peut se déclarer brutalement et évoluer très rapidement : c'est ce que les spécialistes nomment la parodontite juvénile aiguë. Elle se traduit par un état général souvent délabré avec fièvres et douleurs gingivales lancinantes. La gencive est violacée, se décolle et dégage une odeur fétide. Ces formes rares ont souvent une origine génétique et apparaissent pendant ou à la fin de l'émergence des dents temporaires (ou de lait). Les symptômes peuvent être particulièrement graves : atteinte de toute la gencive, destruction rapide de l'os alvéolaire avec mobilité puis perte des dents, infections ORL, voire même affections cutanées (Biotop, terminologie médicale).

La littérature médicale utilise diverses classifications pour distinguer les différentes formes de parodontites (classification du World Wortshop in Clinical Periodontics de 1989). Une classification différencie, d'une part, les formes adulte, d'autre part, les formes à progression rapide, juvéniles et prépubertaires. Une autre classification fait la distinction entre les parodontites de l'adulte, celles à début précoce (prépubertaires, juvéniles, lésions à progression rapide), celles associées à des maladies systémiques, celles ulcéro-nécrosantes et celles réfractaires. Enfin, il existe une troisième classification distinguant entre les parodontites d'apparition précoce, les parodontites de l'adulte et les parodontites nécrosantes (Maladie parodontales, Expertise Collective INSERM, 1999). L'art. 17 let. b OAPAS mentionne la parodontite prépubertaire et la parodontite juvénile progressive de sorte qu'il emprunte manifestement la première classification établissant une distinction entre les formes adulte et les formes à progression rapide, juvéniles et prépubertaires.

Selon la littérature médicale, la parodontite juvénile localisée est définie par des lésions affectant les premières molaires définitives au niveau de la face mésiale et les incisives, le plus souvent de manière bilatérale (BAER 1971). Chez les patients atteints de parodontite juvénile localisée, la gencive est légèrement inflammatoire avec une plaque peu abondante et rarement calcifiée (SUZUKI et CHARON 1989). Il existe une énorme disproportion entre l'atteinte des tissus superficiels et celle des tissus de soutien qui n'est décelable qu'à la radiographie ou bien par le sondage (LILGENBERG et LINDHE 1980). La parodontite juvénile localisée progresse de 4 à 5 mm par an soit trois à cinq fois plus vite qu'une parodontite de l'adulte

(WAERHANG 1977) provoquant une mobilité des incisives et des premières molaires jusqu'à ce que la dent soit traitée avulsée ou expulsée. Radiologiquement on constate une alvéolyse verticale autour des premières molaires et des incisives. Une lésion en forme d'arc s'étend de la face distale de la seconde prémolaire à la face mésiale de la première molaire (AMAR et TENENBAUM 1989). La bactérie Aa (Actinobacillus actinomycetemcomitans) est considérée comme l'agent pathogène majeur des parodontites juvéniles localisées dont la quantité semble diminuer avec l'âge (ASKINIEN 1986). Quant à la parodontite juvénile généralisée, il s'agit d'une entité clinique distincte considérée, selon les auteurs, comme une aggravation d'une parodontite juvénile localisée non traitée ou comme une forme plus précoce de parodontite à progression rapide de type A. Elle est caractérisée par une atteinte des adolescents et des jeunes adultes avec une moyenne d'âge plus élevée que celle des sujets atteints de parodontite juvénile localisée, par une localisation multiple autour de nombreuses dents avec une répartition aléatoire, par un dépôt bactérien et tartrique abondant induisant une inflammation gingivale prononcée, enfin, par une flore bactérienne pathogène dominée par Porphyrhomonas gingivalis et Eikenella corrodens (Questions d'Internat en parodontologie, Université de Rennes 1, Les parondotopathies de l'enfant et de l'adolescent). Les parodontites juvéniles localisées ou généralisées intéressent des patients âgés de 12 à 20 ans alors que les parodontites à évolution rapide concernent des sujets âgés de 20 à 35 ans (Maladie parodontales, Expertise Collective INSERM, 1999).

Dans son rapport du 29 juin 2006, le Dr F_____, en se référant à la doctriné médicale (NOVAK et NOVAK 1996 et LINDRE 1998) a précisé que la parodontite juvénile progressive avait une progression rapide entraînant après 4 ou 5 ans une perte d'attachement parodontal qui peut atteindre les 50 à 60%. Il a relevé qu'en juillet 1972, alors que le recourant était âge de 21 ans, le journal des soins du dentiste danois citait un saignement gingival et des instructions d'hygiène mais ne mentionnait pas la présence de poches parodontales qui auraient dû être présentes si le patient avait souffert des suites d'une parodontite juvénile progressive. Il a également précisé que l'obturation de 9 caries en 6 mois, toujours en 1972, permettait de douter de l'hygiène buccale de l'assuré d'autant plus qu'en décembre 1972, la Dresse A_____ avait constaté à nouveau la présence de saignements et avait dû procéder à des soins d'hygiène. Il a expliqué que des poches parodontales généralisées de 4 mm ont été mentionnées pour la première fois en 1977, alors que le recourant avait 26 ans, soit un âge auquel une parodontite de l'adulte peut commencer. Puis, il a ajouté que les saignements gingivaux et les poches parodontales de 5 mm mis en évidence par la Dresse A_____ en 1985, soit 8 ans plus tard, constituaient l'évolution normale d'une parodontite de l'adulte et que la situation n'avait pas beaucoup évolué de 1987 à 2000 avec des profondeurs de poches n'empirant pas plus que de 2 à 3 mm. Il a estimé qu'au regard de l'évolution rapide d'une parodontite juvénile progressive si le diagnostic

n'est pas posé précocement au moyen de radiographies qui, toutefois, manquaient dans ce dossier, tous les arguments parlaient en faveur d'une parodontite de l'adulte. Enfin, il a indiqué que le diagnostic de parodontite juvénile progressive devait être confirmé par une analyse bactériologique qui n'avait jamais été faite dans le cas du recourant.

En l'espèce, le rapport du Dr F_____ est convaincant étant donné qu'il est difficilement compréhensible qu'un tel diagnostic de parodontite juvénile n'ait pas été posé au moment où les premiers symptômes d'une maladie parodontale sont apparus, à savoir en 1977, soit il y a 30 ans. De plus, la lente évolution de la maladie entre 1987 et 2000 rend plus vraisemblable l'existence d'une parodontite de l'adulte que d'une parodontite juvénile. En effet, force est de constater que le recourant n'a suivi aucun traitement de 1978 à 1984, soit pendant sept ans ce qui rend peu plausible l'existence d'une parodontite juvénile alors que les symptômes de la parodontite avaient déjà été constatés. Par ailleurs, les conclusions du Dr F_____ sont documentées puisqu'elles reposent sur un examen du dossier médical du recourant, sur une analyse des radiographies existant depuis 1985 et montrant une parodontite de l'adulte en phase terminale, enfin, sur une étude de la littérature médicale. En outre, il a dûment motivé ses conclusions. Au demeurant, le recourant n'invoque aucune appréciation médicale divergente motivée prenant position sur le rapport du Dr F_____ et qui contredirait ses conclusions, ne serait-ce que sous la forme d'un simple certificat de son médecin-dentiste traitant. Quant aux résultats de l'analyse bactériologique, ils ne sont pas en mesure de jeter le doute sur l'appréciation du médecin-dentiste conseil de l'intimée dès lors que, contrairement à ce que prétend le recourant, la présence de Porphyromonas gingivalis est minime, voire inexistante, et ne permet pas de retenir un diagnostic de parodontite juvénile. En définitive, le rapport du Dr F_____ remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/ee).

En l'absence, d'une part, de radiographies datant de 1977 montrant l'état de la dentition et de l'os alvéolaire, d'autre part, de contrôles par un médecin-dentiste de 1978 à 1984 et, partant, de radiographies effectuées durant cette période, il n'est pas possible d'établir l'existence d'une parodontite juvénile. Dès lors, il appartient au recourant d'en supporter les conséquences à savoir qu'il n'a pas droit à la prise en charge de son traitement dentaire par l'assurance obligatoire des soins, les conditions de l'art. 17 let. b OPAS n'étant pas remplies.

12. Le recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise afin de lui permettre de prouver l'existence d'une parodontite juvénile.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies,

par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, seule l'existence de radiographies datant des années 1977 permettrait d'établir un tel diagnostic de sorte qu'en l'absence de telles radiographies, la mise en oeuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves dès lors qu'il est plus vraisemblable que le recourant souffre d'une parodontite de l'adulte que d'une parodontite juvénile progressive.

13. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

*****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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