RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3402/2019 **ATAS/387/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, représenté par CARITAS GENÈVE	recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Yda ARCE et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, le patient ou le recourant), né en 1954 au Vietnam et arrivé en Suisse en 1975, est assuré auprès de Mutuel assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins.

2. Le 29 janvier 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale, a adressé à l'assureur, pour le compte de l'assuré, une « demande de prise en charge d'un traitement chirurgical orthognatique combiné avec orthodontie ». Dans cette demande, le médecin indiquait que l'assuré lui avait été adressé par un médecin otorhinolaryngologue en raison d'une luxation méniscale réductible à gauche dans le cadre d'une dysmorphie. Ce diagnostic était alors traité par une gouttière nocturne. Le patient était connu depuis l'enfance pour une dysmorphie, non traitée dans son pays d'origine. Hormis la pathologie articulaire, le patient présentait de plus en plus de lésions dentaires traumatiques que son médecin-dentiste peinait à traiter, compte tenu d'une dysocclusion majeure. Le status maxillo-facial et l'imagerie mettaient en évidence une rétromaxillie, une tendance à la promandibulie asymétrique. L'examen dentaire montrait une dysocclusion majeure avec une déviation des lignes médianes et une occlusion croisée complète hormis la dent 25. Le seul traitement possible était un traitement combiné orthodontico-chirurgical. La chirurgie allait nécessiter un séjour stationnaire estimable à trois nuits postopératoires, le coût de la chirurgie serait fixé en fonction de la couverture d'assurance du patient, lequel annonçait une couverture de base uniquement. L'analyse céphalométrique avait mis en évidence un angle ANB de -10°, ce qui permettait d'inclure le patient dans le cadre de l'art. 19a ch. 22 sur l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur 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 - 1_____). Le médecin a joint à sa demande une radiographie panoramique, une téléradiographie du crâne de profil, une copie du tracé céphalométrique et des photographies dentaires.

3. Par courrier du 16 février 2018, l'assureur a demandé au Dr B_____ d'indiquer les raisons médicales pour lesquelles le traitement n'avait pas été effectué sur le patient avant ses 20 ans et si le cas avait été soumis à l'assurance-invalidité avant l'âge de 20 ans.

4. Par courrier du 22 février 2018, le médecin a répondu à l'assureur que son patient « n'était pas en Suisse à l'âge de 20 ans et n'[avait] pas été informé dans son pays d'origine ».

5. L'assureur a pris conseil auprès du docteur C_____, orthodontiste, lequel a indiqué, par pli du 13 mars 2018, que le traitement dont l'assuré demandait la prise en charge relevait bien des prestations de l'OPAS car il s'agissait d'une infirmité congénitale répondant aux normes de l'assurance-invalidité, infirmité qui n'avait

pas pu être prise en charge par cette assurance dans la mesure où le patient n'habitait pas en Suisse avant ses 20 ans. Les valeurs céphalométriques (en particulier ANB = - 10°) ne laissaient planer aucun doute sur le caractère congénital de l'affection. Quant à l'aspect financier, le plan de traitement et le devis répondaient aux critères d'appropriation et d'efficacité. Il n'était en revanche pas possible d'en apprécier l'économicité, en l'absence de devis orthodontique et chirurgical. Ce médecin proposait que l'assureur prenne en charge le traitement proposé, après présentation et validation du devis.

6. Par décision du 5 avril 2018, l'assureur a informé le Dr B_____ que selon son service médical le traitement envisagé ne correspondait pas aux dispositions de l'art. 19a ch. 22 de l'OPAS et qu'il ne serait pas pris en charge.

7. Par courrier du 10 avril 2018, le Dr B_____ a répondu à l'assureur que le simple fait de présenter une céphalométrie avec un ANB de -10° avec une occlusion croisée de neuf paires d'antagonistes permettait d'inclure l'affection de son patient dans l'art. 19a ch. 22 OPAS. Il demandait d'apporter plus de précisions quant au refus de prise en charge du traitement.

8. Par courrier du 24 mai 2018, l'assureur a informé le Dr B_____ que selon son médecin-dentiste conseil « le traitement aurait pu être effectué avant l'âge de 20 ans ». L'assureur maintenait son refus. Était joint à cette prise de position un formulaire rempli par un auxiliaire médical et le médecin-dentiste conseil. Ce document rappelait qu'il s'agissait d'une demande de prise en charge d'un traitement ortho-chirurgical d'un homme de 64 ans, qui présentait une dysmorphie depuis l'enfance, non traitée dans le pays d'origine. L'absence de traitement avant 20 ans n'avait pas de justification médicale. Dans une annotation manuscrite, le médecin-dentiste conseil relevait que selon l'ATF 130 V 294 l'assureur ne pouvait pas accepter une demande de remboursement d'un traitement qui aurait pu être effectué avant l'âge de 20 ans à la charge de l'assurance-invalidité.

9. Par courrier du 13 février 2019, l'assuré a mis en demeure son assureur de rendre une décision formelle quant à la prise en charge du traitement indiqué par le Dr B_____, dans la mesure où il n'avait pas reçu personnellement de réponse et devait subir l'opération décrite par son médecin-dentiste.

10. Par courrier du 5 mars 2019, l'assureur a indiqué à son assuré que le dossier était en examen auprès de son médecin-dentiste conseil.

11. Par courrier du 12 mars 2019, le Dr C_____ a réaffirmé que, du point de vue clinique, le cas remplissait les critères de l'art. 19a ch. 22 OPAS. Il s'agissait bien d'une affection congénitale répondant aux normes de l'assurance-invalidité mais elle n'avait pas été prise en charge par cette assurance avant les 20 ans du patient, ce dernier ou ses représentants ne remplissant à l'époque pas les conditions donnant droit à des mesures de réadaptation (patient à l'étranger). Sur l'aspect financier et dans ces conditions, le médecin-conseil ne pouvait se prononcer que sur le plan clinique. Il n'avait pas la compétence juridique pour déterminer si

l'assurance-maladie devait prendre en charge l'infirmité congénitale. Le cas échéant, il conviendrait de demander la preuve de l'absence du patient sur sol suisse avant ses 20 ans et des devis médicaux.

12. Par décision du 20 mars 2019, l'assureur a confirmé que le traitement relevait de l'art. 19a ch. 22 OPAS, traitant des infirmités congénitales. Se référant à un arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances le 3 juin 2004 (K 48/03), l'assureur indiquait que l'assurance obligatoire des soins ne pouvait être appelée à répondre de coûts de traitements qui auraient pu être faits avant l'âge de 20 ans à la charge de l'assurance-invalidité, mais qui ne l'avaient pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie. L'absence de traitement avant l'âge de 20 ans avait, dans ce cas, été motivée par le fait que l'assuré n'était pas en Suisse et qu'il n'avait pas été informé de l'infirmité dans son pays d'origine. Il n'y avait par conséquent aucune raison médicale à l'absence de traitement avant la limite temporelle de 20 ans. L'assureur refusait d'allouer des prestations en vue du traitement envisagé.

13. Le 28 mars 2019, le Dr B_____ a établi une attestation médicale dans laquelle il attestait que son patient souffrait d'une dysmorphie (rétromaxillie, promandibulie asymétrique). L'anamnèse du patient et l'absence de documents relatifs à son enfance et son adolescence ne permettaient pas d'affirmer que des symptômes ou que des conséquences de la dysmorphie auraient imposé une intervention chirurgicale avant l'âge de 20 ans. Par contre, compte tenu de la présence d'une symptomatologie articulaire et de pathologies dentaires non-traitables sans chirurgie (pouvant être confirmées par le médecin-dentiste du patient) la pathologie dysmorphique du patient, en conjonction avec l'apparition de complications et de symptômes nouveaux secondaires, imposait désormais un traitement combiné orthodontico-chirurgical.

14. Par courrier du 17 avril 2019, l'assuré a formé opposition à la décision du 20 mars 2019. Se fondant sur l'attestation médicale du Dr B_____ du 28 mars 2019, il contestait que l'affection dont il souffrait aurait pu être traitée avant l'accomplissement de sa vingtième année.

15. Le 2 mai 2019, l'assureur a informé son assuré de ce que son dossier était à nouveau en examen auprès d'un médecin-dentiste conseil.

16. L'assureur a dès lors soumis le cas au docteur D_____, lequel a dressé un rapport le 16 juillet 2019. Il y expliquait que l'assuré « présentait une dysmorphie faciale depuis l'enfance, impactant à partir de 2018 sur son ATM (articulation temporo-mandibulaire) gauche (luxation méniscale réductible) et sa dentition (lésions dentaires traumatiques) ». Il rappelait qu'afin de corriger cette dysmorphie faciale et ses conséquences sur les articulations temporo-mandibulaires et sur la dentition du patient, le Dr B_____ avait adressé, en 2018, une demande de prise en charge orthodontico-chirurgicale à l'assureur, sans estimation d'honoraires. Le Dr D_____ rappelait ensuite que le Dr C_____ avait considéré que l'assuré souffrait

d'une infirmité congénitale répondant aux normes de l'assurance-invalidité et que le docteur E_____, autre chirurgien maxillo-facial consulté par l'assureur, avait indiqué que le traitement aurait pu être fait avant 20 ans (à charge de l'assurance-invalidité) et qu'à défaut, ce traitement ne pouvait désormais pas relever de l'assureur-maladie. Il était reconnu que l'assurance-maladie prenait en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales au sens de l'art. 19a ch. 22 OPAS, lorsque les traitements étaient nécessaires après la vingtième année, mais il était également reconnu que seuls devaient être considérés comme nécessaires après la vingtième année, les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale en raison d'une indication médicale qui exigeait que les soins soient faits après l'accomplissement de la vingtième année. En d'autres termes, si le traitement ne pouvait être effectué avant l'âge de 20 ans, il fallait une justification médicale pour le reporter au-delà de cet âge. « Le fait de ne pas [avoir été] en Suisse à l'âge de 20 ans et de ne pas [avoir été] informé ne constituait pas une maladie et une justification médicale ». Selon le Dr D_____, l'assuré n'avait pas présenté, avant sa vingtième année, de maladie qui aurait pu interférer avec un traitement visant à corriger sa dysmorphie. Le fait d'ignorer cette dysmorphie et qu'aucun traitement orthodontico-chirurgical n'avait été proposé à l'assuré avant ses 20 ans, ou le fait de ne pas avoir entrepris de traitement durant l'enfance, ne correspondait pas à une maladie. En conclusion, la proposition de traitement du Dr B_____ pouvait être refusée.

17. Par décision du 22 juillet 2019, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré, jugeant qu'il n'y avait aucune raison médicale qui avait justifié l'absence de traitement chez ce patient souffrant de dysmorphie depuis l'enfance avant l'accomplissement de sa vingtième année. L'art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS était applicable à toute personne, quelle que soit son origine. Il arrivait dès lors à l'assureur de refuser des prestations à des personnes nées en Suisse ayant attendu pour se faire soigner ainsi qu'à celles qui n'avaient pas subi des soins et qui n'étaient pas soumises aux dispositions légales suisses durant leur jeune âge.

18. Par courrier du 16 septembre 2019, l'assuré a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Dans son mémoire de recours, il a rappelé être né en 1954 à Saïgon et avoir quitté le Vietnam pour s'installer à Genève, en 1974. Il était actuellement au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité et de prestations complémentaires. Depuis dix ans, il souffrait de problèmes de mâchoire, lesquels s'étaient manifestés par des craquements au niveau de la mâchoire à gauche puis, depuis deux ans, par une dégradation progressive de ses dents qui se cassaient et s'effritaient. Il estimait que rien ne permettait à l'assureur de dire que l'affection dont il souffrait aurait dû être traitée avant ses 20 ans. Il concluait à l'annulation de la décision de l'assureur et à ce que la chambre de céans dise qu'il avait droit aux prestations de l'assurance obligatoire des soins pour le traitement envisagé.

19. Dans sa réponse du 20 décembre 2019, l'intimée a rappelé que selon les indications données par le Dr B_____, l'assuré était depuis son enfance connu pour une dysmorphie qui n'avait pas été traitée dans son pays d'origine. Le Dr C_____ n'avait pas remis en doute que cette dysmorphie était une infirmité congénitale, c'est-à-dire une maladie déjà présente à la naissance accomplie de l'enfant. Or, le fait qu'il n'était pas en Suisse avant sa vingtième année et n'avait pas été informé de cet état de fait, constituaient des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assureur-maladie. À ce titre, le Dr D_____ relevait que l'assuré n'avait pas présenté, avant sa vingtième année, de maladie qui aurait pu interférer avec un traitement visant à corriger sa dysmorphie faciale. Le dossier ne contenait du moins aucun élément étayant cette thèse. Les motifs invoqués ne constituaient donc pas une justification médicale au fait d'avoir attendu jusqu'à l'âge de 63 ans pour envisager le traitement indiqué. Un tel traitement n'était donc pas du ressort de l'assurance obligatoire des soins. L'intimée concluait au rejet du recours.

20. Par réplique du 16 mars 2020, le recourant a contesté les motifs invoqués par l'intimée et rappelé que, bien qu'il souffrait d'une infirmité congénitale, il n'avait jamais demandé de prise en charge médicale avant 2018 dès lors que l'affection était restée sans symptomatologie et n'avait pas exigé de traitement. La position de l'intimée ne reposait sur aucun fondement et revenait à exclure systématiquement la prise en charge de suites d'infirmités congénitales dès lors qu'elles touchaient des assurés arrivés en Suisse après leur vingtième année.

21. Par duplique du 18 mai 2020, l'intimée a exposé que dans l'ATF 130 V 459 du 21 juillet 2004, qui devait s'appliquer à ce cas selon elle, l'assuré avait 53 ans au moment du diagnostic posé. Or pour le Tribunal fédéral, en aucun cas, à cet âge, un traitement pouvait être qualifié de « traitement dentaire requis après l'âge de 20 ans en raison d'une malformation congénitale ». Le Tribunal fédéral rappelait que le sens et le but de cette disposition était de permettre de réaliser les traitements au moment médicalement approprié du point de vue de l'efficacité. Les traitements des malformations congénitales de la mâchoire et du visage devaient en principe être planifiés et réalisés de manière à pouvoir être achevés avant l'âge de 20 ans et donc avant la fin de l'obligation de l'assurance-invalidité de prester. Dans certains cas, cependant, cette limite d'âge entrait en conflit avec les exigences médicales ainsi qu'avec le niveau de développement minimum supposé en ce qui concernait la croissance du squelette et/ou le développement des dents comme condition préalable à certaines mesures. Par exemple, dans le cas d'une malocclusion congénitale inférieure, les anomalies squelettiques de la mâchoire ne pouvaient être corrigées avec une perspective de succès durable qu'une fois la poussée de croissance pubertaire terminée (cf. référence au consid. 3 de l'arrêt). Toutefois, une fois ces conditions remplies, l'indication médicale était que le moment était venu d'effectuer et de terminer le traitement de chirurgie dentaire ou orale d'une malformation de naissance. Si l'on attendait pendant des années, voire des décennies, la nécessité d'un traitement dentaire au sens de la disposition

susmentionnée n'était plus donnée et l'obligation de payer des prestations au titre de l'assurance-maladie obligatoire pour un traitement dentaire causé par une malformation congénitale devait être niée. Ainsi, le Tribunal fédéral considérait que chez un patient âgé de 53 ans, un premier traitement ne pouvait plus résulter d'une infirmité congénitale. Accepter une prise en charge aurait été à l'encontre du sens et du but de la loi. Gebhard EUGSTER notait également que le but était d'éviter, en tout état de cause, que les personnes puissent encore se référer à des diagnostics selon l'art. 19a al. 2 OPAS des décennies après avoir atteint l'âge de 20 ans sans ressentir le besoin d'un traitement jusque-là (Gebhard EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, N 492 in Soziale Sicherheit, 3ème édition, 2016, Bâle). D'ailleurs, une lecture en parallèle de l'Atlas SSO des maladies avec effet sur le système de la mastication (3ème édition), p. 103, permettait de mieux comprendre ce choix du législateur. Il y était indiqué que dans la grande majorité des cas, le traitement pouvait être achevé avant l'âge de 20 ans révolus et était, de ce fait, à la charge de l'assurance-invalidité. Dans de plus rares cas, le traitement primaire devait, pour des raisons médicales, être poursuivi au-delà de la vingtième année révolue. Dans ces cas, il s'agissait surtout d'affections pour lesquelles des interventions de chirurgie maxillo-faciale n'étaient indiquées qu'après la fin de la croissance des maxillaires durant la puberté, alors que ces corrections chirurgicales préalables représentaient la base des mesures orthodontiques ou restauratrices (prothétiques) ultérieures. Dans de telles affections en particulier, des révisions secondaires d'un traitement primaire pouvaient se révéler nécessaires à un stade ultérieur de la vie. En l'occurrence, il ne s'agissait pas de révisions secondaires d'un traitement primaire. L'intimée rappelait en outre l'ATF 130 V 294 du 22 avril 2004, dans lequel le Tribunal fédéral rappelait que l'assurance obligatoire des soins ne pouvait pas être appelée à répondre des coûts résultant de traitements qui auraient pu être effectués avant la limite temporelle de 20 ans - et qui auraient été à la charge de l'assurance-invalidité mais qui ne l'avaient pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assureur-maladie (consid. 5.2-5.5) (précision de la jurisprudence rendue aux ATF 129 V 80). Le fait que l'assuré se trouvait à l'étranger jusqu'à ses 20 ans en faisait partie. L'intimée persistait ainsi dans ses conclusions.

22. Les parties ont été entendues ainsi que les Drs E_____ et B_____, les 18 septembre et 27 novembre 2020. Les deux médecins s'accordaient sur le diagnostic de dysmorphie faciale (rétromaxillie et de promandibulie asymétrique) et la nécessité de l'opération. Le premier de ces médecins ne considérait pas l'asymétrie faciale du recourant comme grave au sens de l'art. 17 let. f ch. 3 OPAS, au contraire du Dr B_____ qui estimait que l'infirmité congénitale dont souffrait son patient était une dysgnathie qui provoquait une asymétrie grave cranio-faciale au sens dudit article. En outre, ce spécialiste exposait que le recourant avait présenté des troubles de la croissance tels que l'hémi-élongation et l'hémi-hypertrophie mandibulaire, un syndrome d'hémi-hypertrophie et d'hémi-atrophie faciale.

23. Par pli du 16 décembre 2020, le recourant a fait parvenir à la chambre de céans un devis pour l'opération envisagée de CHF 11'644.30.

24. Par lignes du 23 février 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions, après avoir soumis à nouveau le cas au Dr E_____, lequel niait le caractère de gravité de l'asymétrie sur la base des radiographies au dossier. Une différence de 2 mm n'était pas significative.

25. À l'issue du dernier délai accordé à l'assuré, dans lequel celui-ci n'a pas produit de détermination, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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 de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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.

2. Le litige porte sur la question de savoir si le traitement dentaire préconisé par le Dr B_____ doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

3. 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).

4. Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, 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), 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).

5. 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 (OAMal), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a OPAS, qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal.

6. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est exhaustive (ATF 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b ; 124 V 194 consid. 4).

7. En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal).

8. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA).

9. 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. 1 LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins.

10. 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.

11. 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).

12. Aux termes de l'art. 19a al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, énumérées à l'al. 2, lorsque les traitements sont nécessaires après la vingtième année (let. a), les traitements sont nécessaires avant la vingtième année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b).

13. Au nombre des infirmités congénitales figure la prognathie inférieure congénitale, lorsque l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout (art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS), dont le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'elle doit être assimilée à une maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal (ATF 129 V 80 ss).

14. La jurisprudence a précisé que ne sont réputés nécessaires au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS que les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, pour des raisons médicales, requièrent une intervention au-delà de l'âge de 20 ans. Le Tribunal fédéral a en effet considéré que 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 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 à l'ATF 129 V 80).

15. La nécessité d'un traitement dentaire occasionné par une infirmité congénitale après la vingtième 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). Si, en dépit de l'indication médicale, l'intervention est reportée des années voire des décennies durant, la condition liée à la nécessité de procéder après l'âge de 20 ans au traitement dentaire occasionné par une infirmité congénitale n'est plus remplie (ATF 130 V 459 consid. 3).

16. Le chiffre 125 de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.20) classe dans la liste des infirmités congénitales les hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire.

17. L'art. 27 LAMal a pour but de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21). Selon la jurisprudence, l'assurance-maladie doit prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité dès que celle-ci met un terme à ses prestations. Ainsi, par exemple, elle doit suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 1 al. 1 OIC ne peuvent plus être prises en charge par l'assurance-invalidité (art. 13 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) ou lorsque, en raison de son importance minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI ; ATF 126 V 103 consid. 3b/aa p. 107 et la référence citée).

18. Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale au sens de l'art. 27 LAMal n'ouvrent toutefois droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal sont réalisées (ATF 129 V 80 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 2.2).

19. Enfin, l'art. 31 al. 1 LAMal ne subordonne pas la prise en charge de soins dentaires à une intervention préalable de l'assurance-invalidité (ATF 130 V 294 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2009 du 16 avril 2010 précité). L'assurance-maladie n'est libérée de la prise en charge que si le traitement avait pu avoir lieu avant les 20 ans de l'assuré. A contrario, elle n'est pas libérée si le traitement n'a pas pu avoir lieu avant les 20 ans et que l'assurance-invalidité n'était donc pas appelée à prester.

20. Dans un arrêt 9C_237/2010 du 30 août 2010, le Tribunal fédéral a rappelé que l'infirmité congénitale dont souffrait une assurée (prognathia inferior congenita au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS) devait être assimilée à une maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal (ATF 129 V 80 consid. 6 ab initio p. 88 ; Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, ad art. 31 n° 42), auquel se rapportaient les éventualités prévues à l'art. 17 OPAS. 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 figuraient notamment les dysgnathies qui provoquaient des affections pouvant être qualifiées de maladies, tels qu'un syndrome de l'apnée du sommeil (art. 17 let. f ch. 1 OPAS), des troubles graves de la déglutition (ch. 2) ou des asymétries graves cranio-faciales (ch. 3). La liste contenue à l'art. 17 let. f OPAS n'était pas exemplative mais limitative : seules, et pour autant qu'elles puissent être qualifiées de maladies, les affections mentionnées aux ch. 1 à 3 provoquées par des dysgnathies inévitables étaient

susceptibles d'entraîner la prise en charge des coûts de traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. Les dysgnathies mentionnées à l'art. 17 let. f ch. 3 OPAS revêtaient en soi un caractère de gravité dans la mesure où elles provoquaient des asymétries cranio-faciales graves (avec référence à l'ATF 129 V 275 consid. 6.2 et 6.3 p. 281).

21. Dans un arrêt neuchâtelois (CDP.2018.312 du 4 juin 2019), le Tribunal cantonal a rappelé qu'il convenait de déterminer si une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS qui n'avait pas été traitée avant 20 ans pouvait être considérée comme l'une des dysgnathies aux séquelles mentionnées dans l'art. 17 OPAS pour déterminer si l'assurance-maladie devait fournir ses prestations.

22. Dans un arrêt zurichois portant sur un refus de l'assurance-maladie de prendre en charge un traitement pour un assuré souffrant d'une dysgnastie (KV.2010.00027 du 7 septembre 2011), les juges ont rappelé que même des déficiences esthétiques mineures pouvaient donner lieu à un traitement au sens de la LAMal si elles donnaient lieu à des plaintes ou à des troubles fonctionnels ayant une valeur pathologique évidente (ce qui n'était pas le cas jugé dans la mesure où il n'existait pas de plainte de douleurs pathologiques).

23. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre de dysmorphie faciale (rétromaxillie et promandibulie asymétrique). Ce diagnostic posé par le Dr B_____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale consulté par le recourant sur invitation de son propre médecin, a été confirmé par le Dr E_____, médecin également spécialisé en chirurgie maxillo-faciale ayant été interrogé par l'intimée pour les besoins de la cause ainsi que par la chambre de céans.

    Le recourant, cela n'est pas davantage contesté, est atteint d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS, compte tenu des valeurs céphalométriques constatées soit un angle ANB de - 10°, avec une occlusion croisée de neuf paires d'antagonistes.

    Il existe une asymétrie faciale chez le recourant, laquelle est documentée par les examens de radiologie et confirmée par les valeurs précitées, les médecins entendus en ayant convenu.

    L'infirmité congénitale dont souffre le recourant n'a pas été diagnostiquée ni prise en charge durant l'enfance de ce dernier. La maladie a par la suite eu des conséquences graves : dès 2008, le recourant a souffert de problèmes de mâchoire se manifestant par des craquements puis, dès 2016, par une dégradation progressive de ses dents qui se cassaient et s'effritaient. Son dentiste ne pouvant pas traiter son cas, il l'a envoyé en 2018 chez un chirurgien maxillo-facial.

    L'intervention chirurgicale aujourd'hui nécessaire n'a dès lors pas été pratiquée avant les 20 ans du recourant et a fortiori pas prise en charge par l'assurance-invalidité.

Cela étant, une telle atteinte congénitale, si elle peut être prise en charge par l'assurance-invalidité jusqu'à 20 ans ou au-delà en cas d'indication médicale à intervenir après 20 ans conformément à l'art. 19a OPAS, peut également relever des prestations de l'assurance-maladie si elle remplit les conditions de l'art. 17 OPAS.

Il convient dès lors de déterminer si la dysgnathie dont souffre le recourant provoque des affections pouvant être qualifiées de maladies telles que le syndrome de l'apnée du sommeil, les troubles graves de la mastication ou les asymétries graves cranio-faciales au sens de l'art. 17 let. f ch. 1 à 3 OPAS.

Le recourant ne s'étant pas plaint d'apnées du sommeil ou de troubles graves de la mastication, il convient de déterminer si la dysmorphie faciale constitue dans son cas une asymétrie grave au sens de la disposition précitée.

À cet égard, le premier diagnostic posé par l'otorhinolaryngologue consulté par le recourant était une luxation méniscale réductible à gauche dans le cadre d'une dysmorphie. Cette indication avait conduit le médecin à adresser son patient à un chirurgien maxillo-facial en la personne du Dr B_____ qui avait jugé qu'il était indiqué de faire un traitement chirurgical orthognatique associé à une orthodontie. Le patient présentait de plus en plus de lésions dentaires traumatiques que son médecin-dentiste peinait à traiter compte tenu d'une dysocclusion majeure.

Ces éléments factuels qui ne sont pas contestés démontrent que l'on se trouve dans un cas où l'asymétrie cranio-faciale a entraîné des conséquences graves sur la santé du recourant (effritement des dents, dysocclusion) et rend nécessaire l'opération chirurgicale préconisée par le Dr B_____.

De l'avis du Dr B_____, l'asymétrie cranio-faciale est en soi grave.

Si l'opinion de son confrère E_____ est différente, il n'en demeure pas moins établi que des plaintes et des troubles fonctionnels sont à l'origine de la demande de prise en charge du recourant et que sa pathologie provoque des affections pouvant être qualifiées de maladie. L'asymétrie cranio-faciale n'est pas qu'inesthétique mais provoque des troubles fonctionnels chez le recourant, qui ne peuvent être traités par son médecin-dentiste et qui rendent le traitement envisagé indispensable au regard de la pathologie du recourant.

L'appréciation du Dr B_____ quant à la gravité de la dysmorphie se fonde sur son examen du cas et est à cet égard plus convaincante que celle de son confrère interrogé par l'intimée pour nier le droit aux prestations de l'assuré. En effet, le Dr E_____ s'est principalement retranché derrière un arrêt du Tribunal fédéral de 2003 (ATF 130 V 294) pour dire que l'affection n'était pas à la charge de l'assureur, au lieu de donner son avis médical sur le cas du recourant.

L'appréciation du cas d'espèce par le Dr B_____ au sujet de l'atteinte à la santé et à l'indication du traitement chirurgical était d'ailleurs partagée par le Dr C_____, l'orthodontiste initialement consulté par l'intimée. Cela ajoute à la force probante

de l'avis du Dr B_____, lequel n'a aucun intérêt financier dans ce cas (il n'opérera pas le recourant) et a été consulté par ce dernier sur demande d'un confrère.

Enfin, tant le Dr E_____ que le Dr D_____ se sont référés à des arrêts du Tribunal fédéral de 2003 et 2004 (ATF 130 V 294 et ATF 130 V 459) portant uniquement sur l'examen de l'infirmité au sens de l'art. 19a OPAS et n'ont pas réellement examiné d'un point de vue médical si la dygnathie en question était inévitable et entrait dans le champ d'application de l'art. 17 let. f OPAS.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans retient l'avis médical motivé du Dr B_____ comme entièrement probant.

Il faut ainsi qualifier les atteintes du recourant d'asymétries graves cranio-faciales. Ces atteintes peuvent être considérées comme des hémi-élongation et hémi-hypertrophie mandibulaire et un syndrome d'hémi-hypertrophie et d'hémi-atrophie faciale, soit des affections entrant dans les exemples d'asymétries graves cranio-faciales figurant dans la liste SSO et qui tombent sous l'art. 17 let. f ch. 3 OPAS. Les conséquences de ces atteintes sont graves puisqu'elles conduisent à l'effritement des dents et des dysocclusions et rendent un traitement nécessaire.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement ortho-chirurgical requis. Le traitement requis doit être pris en charge par l'assureur-maladie.

Partant, le recours sera admis.

24. La procédure est gratuite.

25. Le recourant qui obtient gain de cause à droit à des dépens qui seront arrêtés à CHF 2'000.-.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 22 juillet 2019.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge le traitement ortho-chirurgical du recourant.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Alloue au recourant un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens à charge de l'intimée.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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