

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2013

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

P._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Stefan Disch,
avocat à Lausanne,

et

F._____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 3 al. 2 LPGA; art. 31 al. 1 LAMal; art. 19a OPAS

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assurée), de nationalité équatorienne, est née le 7 novembre 1988. Elle est arrivée en Suisse en 2003. Elle était assurée par H._____ SA pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, depuis le 1^{er} janvier 2009.

En décembre 2007, à la suite d'une consultation au Service de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), l'assurée a été adressée au docteur J._____, spécialiste en orthodontie, en raison de craquement de l'articulation temporo-mandibulaire. Le docteur J._____ a suivi l'assurée dès le 12 février 2008 et a posé le diagnostic de prognathie inférieure congénitale. Il a proposé un traitement qui a débuté le 27 mai 2008.

Le 15 février 2008, l'assurée a déposé une demande de prise en charge de son traitement orthodontique par l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a refusé au motif que l'assurée ne remplissait pas les conditions générales d'assurance, en particulier parce qu'elle n'était pas domiciliée en Suisse (décision du 7 juillet 2008).

Le 2 juin 2009, le docteur J._____ a requis d'H._____ SA la prise en charge des frais de traitement orthodontique de l'assurée. Le coût global du traitement était estimé à 12'000 francs. Dans une lettre adressée le 16 février 2010 à H._____ SA, il précisait que le plan de traitement comprenait la pose d'un appareillage fixe sur les deux arcades ainsi qu'un «Goshgarian». Une chirurgie orthognatique était également prévue afin de pouvoir corriger complètement la mésiorelation squelettique.

Le 20 mai 2010, le docteur F._____, médecin-dentiste conseil d'H._____ SA, a exposé que l'on se trouvait dans un cas de prognathie inférieure congénitale visé par l'art. 19a al. 2 ch. 22 de

l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31). Il précisait toutefois que l'assurée était âgée de 22 ans et que le traitement aurait pu être pratiqué avant l'âge de 20 ans.

Le 23 juin 2010, le docteur J._____ a apporté plusieurs informations complémentaires à H._____ SA, en précisant notamment que le traitement avait débuté le 27 mai 2008 déjà avec le scellement de deux bagues sur les dents 16 et 26, la pose d'un «Goshgarian» et le collage de brackets de la dent 15 à la dent 25 et de la dent 36 à la dent 46 (22 brackets). L'assurée était alors âgée de moins de 20 ans. Par ailleurs, le retard pris dans la demande de prise en charge adressée à H._____ SA résultait du délai de recours et de réponse de l'assurance-invalidité.

Le 14 septembre 2010, le docteur J._____ a précisé, à la demande d'H._____ SA, qu'il n'y avait pas de raison médicale pour attendre 2008 avant de commencer le traitement. La patiente lui avait été adressée par le service de chirurgie maxillo-faciale du CHUV en raison de craquements de l'articulation temporo-mandibulaire bilatérale.

Par décision du 27 septembre 2010, H._____ SA a rejeté la demande de prise en charge du traitement orthodontique suivi par l'assurée au motif que ce traitement aurait dû être effectué et terminé avant sa 20^{ème} année.

L'assurée s'est opposée à cette décision, le 16 décembre 2010, en faisant valoir que les coûts des infirmités congénitales mentionnées à l'art. 19a al. 2 OPAS étaient également à la charge de l'assurance obligatoire des soins si les traitements étaient nécessaires avant l'âge de 20 ans et qu'ils n'étaient pas à la charge de l'assurance-invalidité. Or, l'assurance-invalidité avait refusé la prise en charge du traitement en question, les conditions d'assurance n'étant pas remplies.

Le 3 janvier 2011, par suite de fusion, F._____ SA a repris les actifs et passifs d'H._____ SA, qui a été radiée du registre du commerce.

Le 2 avril 2011, le docteur F._____, agissant désormais comme médecin-conseil de F._____ SA, a exposé, en réponse à un questionnaire que lui avait adressé l'assureur-maladie, que le traitement orthodontique proposé aurait pu être réalisé avant que l'assurée atteigne l'âge de 20 ans.

Le 18 mai 2011, F._____ SA a exposé que les frais de traitement pour les soins prodigués jusqu'au 7 novembre 2008, soit jusqu'à ce que l'assurée ait atteint l'âge de 20 ans, étaient à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Il appartenait à l'assureur-maladie de l'assurée à l'époque de prendre ces frais en charge, l'affiliation auprès de F._____ SA (auparavant H._____ SA) n'ayant débuté qu'au 1^{er} janvier 2009. Les frais pour la période postérieure au 7 novembre 2008 devaient rester à la charge de l'assurée, dans la mesure où le traitement aurait pu être achevé avant l'âge de 20 ans s'il avait été entrepris à temps.

Par courrier du 23 mai 2011, l'assurée a contesté à nouveau le point de vue de F._____ SA, en faisant notamment valoir qu'elle ne pouvait entreprendre aucun traitement avant qu'un diagnostic soit posé, lors de sa consultation au CHUV en décembre 2007. Par conséquent, aucune faute ne lui était imputable et les frais de traitement dès le 1^{er} janvier 2009, soit 9'257 fr. 70, étaient à la charge de F._____ SA.

Par une nouvelle décision du 11 juillet 2011, F._____ SA a refusé de prendre en charge le traitement orthodontique dès le 1^{er} janvier 2009, dès lors que la nécessité du traitement existait depuis plusieurs années et qu'il n'existait aucune raison médicale justifiant l'attente jusqu'à fin 2007.

Le 11 août 2011, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en concluant à la prise en charge par F._____ SA des frais relatifs au traitement de son infirmité congénitale.

Par décision sur opposition du 20 décembre 2011, F._____ SA a confirmé sa position. Cet assureur a retenu qu'au vu du dossier, il paraissait peu vraisemblable que l'assurée ignorait ses problèmes orthodontiques et qu'un dentiste ne les ait jamais constatés. En outre, aucune raison médicale n'exigeait que le traitement soit entrepris après l'âge de 20 ans de l'assurée.

B. Par acte du 20 janvier 2012, P._____ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 20 décembre 2011. Elle en demande la réforme en ce sens que F._____ SA prenne en charge les frais du traitement orthodontique pour la période dès le 1^{er} janvier 2009, sous suite des frais et dépens. Pour l'essentiel, elle a repris l'argumentation déjà développée dans la procédure administrative devant l'intimée.

F._____ SA a conclu au rejet du recours, le 2 février 2012, pour les motifs évoqués dans la décision litigieuse.

La recourante a déposé une détermination le 21 février 2012, qui a été communiquée à l'intimée pour information.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur la prise en charge du traitement suivi par la recourante auprès du docteur J._____, pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2009. Il n'est pas contesté que la recourante ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance par l'intimée pour la période antérieure.

3. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. 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 [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Par ailleurs, selon l'art. 31 al. 1 LAMal, les coûts des 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).

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, l'art. 19a al. 1 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements des infirmités congénitales mentionnées à l'alinéa 2, aux conditions suivantes:

a. les traitements sont nécessaires après la 20^e année;

b. les traitements sont nécessaires avant la 20^e année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale.

La prognathie inférieure congénitale peut notamment constituer une infirmité congénitale au sens de l'al. 1 (art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS). Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale n'ouvrent le droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal sont remplies. La prognathie inférieure congénitale mentionnée à l'art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS 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; Ariane Ayer et Béatrice Despland, LAMal annotée, 2^{ème} édition, 2013, p. 390, ad art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS).

4. a) Il est établi que la recourante présente une infirmité congénitale mentionnée à l'art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS, à savoir une prognathie inférieure congénitale. L'intimée ne le conteste pas, mais soutient que les conditions alternatives mentionnées à l'art. 19a al. 1 OPAS ne sont pas remplies. Pour sa part, la recourante soutient que le traitement suivi était nécessaire avant la 20^{ème} année et qu'il n'était pas pris en charge par l'assurance-invalidité. Il s'est poursuivi au-delà de la 20^{ème} année, sans que l'assurée n'en soit responsable, dès lors que l'infirmité congénitale n'a pas été constatée médicalement avant le mois de décembre 2007. La poursuite du traitement était par ailleurs nécessaire.

b) 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. 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 doit-elle suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale 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 lorsqu'en raison de son importance minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnées à l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21; art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI). Cependant, les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale au sens de l'art. 27 LAMal n'ouvrent droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal sont réalisées (TFA K 146/05 du 29 décembre 2006 consid. 5 et les références citées). Il en va également ainsi lorsque l'assurance-invalidité n'intervient pas au motif que la personne concernée ne remplit pas les conditions générales d'assurances posées par la LAI, comme en l'espèce.

Dans ce contexte, la jurisprudence a précisé que par «traitements nécessaires après la 20^e année» (art. 19a al. 1 let. a OPAS), il fallait entendre les traitements qui n'avaient pas pu, pour des raisons médicales, être planifiés et réalisés avant que l'assuré atteigne l'âge de 20 ans. L'assurance obligatoire des soins ne peut pas être appelée à répondre des coûts résultant de traitements qui auraient pu être effectués avant cette limite temporelle - et qui auraient été à la charge de l'assurance-invalidité - mais qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assureur-maladie (ATF 130 V 459; 130 V 294; TF 9C_237/2010 du 30 août 2010 consid. 2.2; Ayer / Despland, op. cit., p. 389, ad art. 19a al. 1 let. a OPAS).

c) En l'espèce, il est constant que les affections dont souffre la recourante auraient pu être traitées avant l'âge de 20 ans, d'un point de vue strictement médical. Le médecin traitant de la recourante l'a expressément admis dans les réponses qu'il a données le 14 septembre 2010 à H._____ SA. L'infirmité n'a effectivement été diagnostiquée que tardivement, mais cela ne constitue pas une raison médicale, au sens de la jurisprudence exposée ci-avant, pouvant justifier une prise en charge du traitement par l'assurance obligatoire des soins après l'âge de 20 ans. De ce point de vue, l'éventuelle absence de faute de la recourante ne constitue pas un critère entrant en considération. Au demeurant, on

observera que le traitement d'une prognathie inférieure congénitale ne peut être mis à la charge de l'assurance-invalidité ou de l'assurance obligatoire des soins que si cette affection revêt un certain seuil de gravité (art. 31 al. 1 let. c LAMal, ainsi que le ch. 22 de l'art. 19a al. 2 OPAS), de sorte que l'atteinte de l'assurée devait être aisément identifiable par tout dentiste consulté par l'assurée.

La recourante soutient que dans la mesure où, en l'espèce, l'assurance-invalidité n'aurait de toute façon pas couvert le traitement s'il avait été intégralement suivi avant l'âge de 20 ans, aucun frais supplémentaire n'a été transféré de l'assurance-invalidité vers l'assurance obligatoire des soins, de sorte que la jurisprudence citée (consid. 4b ci-avant) ne trouverait pas application. Toutefois, à suivre ce raisonnement, un assuré ne bénéficiant d'aucune couverture d'assurance-invalidité en Suisse ne serait tenu à aucune limite d'âge pour se faire traiter, alors que l'assuré bénéficiant d'une couverture d'assurance-invalidité en Suisse serait tenu d'agir avant d'avoir 20 ans. Une telle différence de traitement n'a pas été voulue par l'auteur de l'art. 19a al. 1 OPAS et il n'y a pas lieu de donner une interprétation différente à la condition posée par la lettre a de cette disposition selon que l'assurance-invalidité aurait ou non assuré ses prestations si le traitement avait été suivi avant l'âge de 20 ans.

La recourante semble également soutenir que le traitement ayant été nécessaire avant l'âge de 20 ans, et ayant également débuté avant cet âge, il devrait pouvoir être poursuivi aux frais de l'assurance obligatoire des soins après cet âge limite. La jurisprudence citée au consid. 4b ci-avant précise toutefois clairement que seul le traitement qui n'a pas pu être planifié *et achevé* avant l'âge de 20 ans, pour des raisons médicales, reste à la charge de cette assurance.

d) Il s'ensuit que l'assureur-maladie F. _____ SA n'a pas à prendre en charge le traitement orthodontique suivi par la recourante auprès du docteur J. _____ pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2009. Partant, le recours est rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée.

5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Compte tenu de l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Le présent arrêt est rendu par un juge unique, vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 20 décembre 2011 par F. _____ SA est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Stefan Disch, avocat à Lausanne (pour P. _____)
- F. _____ SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :