

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Métral et Merz
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

Y._____, au Mont-sur-Lausanne, intimée.

Art. 31 al. 1 LAMal; art. 19a al. 1 OPAS

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée), née en 1975, de nationalité suisse, est assurée auprès d'Y._____ (ci-après: l'assureur) s'agissant de l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} janvier 2010. Elle a vécu au Chili jusqu'à ses dix-huit ans, puis aux Etats-Unis avant de revenir en Suisse dans le courant de sa 21^{ème} année.

Dans une lettre du 19 décembre 2011, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, a demandé à l'assureur d'examiner les possibilités de prise en charge d'une intervention chirurgicale en faveur de l'assurée, en relation avec la récurrence d'une micromandibulie. Il indiquait que l'assurée avait bénéficié d'un traitement orthodontique en Bolivie (recte: au Chili) il y a plus de dix ans, avec extraction des quatre prémolaires. Sa patiente avait récidivé et présentait une rétro-mandibulie et une béance maxillo-mandibulaire, provoquant des douleurs. Il proposait un traitement combiné orthodontico-chirurgical, comprenant une hospitalisation de quelques jours.

L'assureur a soumis le cas au Dr T._____, médecin dentiste et spécialiste en orthodontie, en vue d'une expertise. Dans un rapport du 10 avril 2012, le Dr T._____ a confirmé que le traitement portait bien sur une récurrence d'une rétro-mandibulie avec béance dentaire antérieure et contact sur les segments postérieurs. Il a précisé que le traitement de la récurrence était nécessaire mais que sa prise en charge dépendait de la question de savoir si le traitement initial avait été ou non pris en charge par l'assurance-invalidité (ci-après: l'AI).

Dans un rapport du 19 juin 2012, le Dr B._____, médecin dentiste conseil de l'assureur, a relevé qu'un angle des bases de 39° ainsi que les rapports des Drs T._____ et U._____ confirmaient la nécessité de soins, en référence au ch. 208 OIC. Il a ajouté que la prise en charge du cas dépendait de la position de l'AI au moment du traitement initial.

Dans un courrier du 2 juillet 2012, l'assureur a répondu au Dr U. _____ que le traitement dentaire envisagé ne remplissait pas les conditions légales de financement par l'assurance obligatoire des soins. En effet, aucune prise en charge n'avait été effectuée par l'AI à l'époque du traitement orthodontique initial. Dès lors, il n'appartenait pas à l'assureur d'intervenir au titre de l'assurance obligatoire des soins pour le traitement actuellement envisagé.

Par courrier du 17 août 2012, l'assurée a expliqué à l'assureur qu'elle avait subi un traitement d'orthodontie pendant dix ans au Chili de l'âge de 8 ans jusqu'à 18 ans, et qu'elle ignorait que ce traitement pouvait être pris en charge par l'AI. Elle a demandé la prise en charge de la récurrence de son cas par l'assureur, en expliquant qu'elle avait beaucoup de problèmes avec sa mâchoire, qui était très contractée. L'atteinte portait aussi sur les cervicales et elle n'arrivait plus à fermer complètement la bouche.

Par décision du 12 octobre 2012, l'assureur a refusé la prise en charge du traitement envisagé. Il a indiqué que l'assurée souffrait d'une récurrence de micromandibulie congénitale et qu'elle avait bénéficié il y a plus de dix ans d'un traitement orthodontique à l'étranger. Cette infirmité congénitale n'avait pas fait l'objet d'une prise en charge par l'AI, de sorte qu'il n'appartenait pas à l'assureur de prendre en charge sa récurrence.

Le 8 novembre 2012, par son mandataire, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en faisant valoir que l'absence de prise en charge par l'AI du traitement orthodontique effectué au Chili ne pouvait justifier le refus de prise en charge par l'assureur de la récurrence de micromandibulie congénitale.

Par décision sur opposition du 12 février 2013, Y. _____ a maintenu sa position. L'assureur ne conteste pas que l'affection dont souffre l'assurée est une infirmité congénitale, ni que le traitement envisagé par le Dr U. _____ est nécessaire d'un point de vue médical. Elle estime néanmoins, au vu des art. 27 LAMal et 19a al. 1 OPAS ainsi que

d'un arrêt du Tribunal fédéral du 16 avril 2010 (TF 9C_223/2009), que dans la mesure où l'infirmité congénitale de l'assurée n'a pas fait l'objet d'une prise en charge par l'AI, sa récurrence ne peut l'être également. Cette décision a été notifiée au mandataire de l'assurée le 8 mars 2013.

B. Par acte de son mandataire du 4 avril 2013, S._____ a recouru contre cette décision sur opposition à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la prise en charge par l'assureur des frais découlant de la récurrence de la rétromandibulie et subsidiairement au renvoi du dossier à l'assureur pour nouvelle instruction. Elle soutient qu'aucune disposition légale ou réglementaire ne subordonne la prise en charge des soins dentaires tendant à traiter une infirmité congénitale et d'éventuelles récurrences en résultant à une intervention de l'AI. Elle relève que la jurisprudence citée par l'assureur (TF 9C_223/2009) n'est pas pertinente car elle ne traite pas la question de savoir si une absence de prise en charge par l'AI aurait une incidence sur la couverture par l'assurance-maladie pour une récurrence survenue après l'âge de 20 ans. Par ailleurs, un traitement avant l'accomplissement de la 20^{ème} année ne pouvait avoir été pris en charge par l'AI, faute de domicile en Suisse et la récurrence s'était manifestée après la 20^{ème} année.

Dans sa réponse du 8 mai 2013, Y._____ a conclu au rejet du recours. Cet assureur relève que c'est uniquement si une infirmité congénitale a été prise en charge par l'AI que sa récurrence peut également l'être au titre de l'assurance-maladie obligatoire. Il ajoute que le Dr T._____, dans son rapport du 10 avril 2012, partage son avis.

Par réplique du 6 juin 2013, la recourante a maintenu ses conclusions, en contestant les arguments de l'intimée.

A titre de complément d'instruction, la juge instructeur a invité la recourante à produire tout document permettant de déterminer la date ou la période de survenance de la récurrence de la micromandibulie, plus

exactement à partir de quelle date ou période cette récurrence a pris une ampleur telle qu'elle imposait le traitement médical litigieux.

Dans un courrier du 2 septembre 2013, la requérante a indiqué que selon le Dr U._____ il était pour ainsi dire impossible de déterminer la date de la survenue de la récurrence, qui remontait probablement dans une fourchette se situant entre l'âge de 30 et 33 ans. Le traitement médical litigieux s'était avéré nécessaire lorsque le dentiste traitant avait sollicité cette intervention.

Le 21 octobre 2013, répondant à une demande de complément de la juge instructeur, la requérante a précisé qu'il n'était pas possible d'indiquer précisément à quand remontait la récurrence de la micromandibulie. Si elle évaluait la date de sa survenue entre sa trentième et sa trente-troisième année, c'est parce qu'elle avait ressenti une gêne à l'époque qui pouvait être assimilée à des symptômes de récurrence. Elle a ajouté que la récurrence avait en revanche certainement été diagnostiquée en décembre 2011, soit lorsqu'elle avait consulté le Dr U._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Le dossier ne contient pas de données chiffrées, par exemple sous forme de devis, permettant de fixer le coût du traitement médical litigieux. Il n'est donc pas exclu que la valeur litigieuse dépasse 30'000 fr., de sorte que le présent litige doit être tranché par le tribunal dans une composition ordinaire de trois juges (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assureur intimé de la récurrence de micromandibulie congénitale dont est atteinte la recourante.

3. a) 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).

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison 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, 18 et 19 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 let. a à c LAMal.

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 129 V 80

consid. 1.3; 127 V 328 consid. 3; 124 V 185; TF 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 1.2).

b) 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).

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

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).

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). 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; TF 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 2.2).

Le Tribunal fédéral des assurances a précisé ces principes dans l'arrêt publié aux ATF 130 V 294. Aux termes de cette jurisprudence, seuls doivent être considérés comme nécessaires après la vingtième année (art. 19a al. 1 let. a OPAS) les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, en raison d'une indication médicale, requièrent des soins après l'accomplissement de la vingtième année. C'est pourquoi l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne peut être appelée à prendre en charge des frais occasionnés par des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'accomplissement de la vingtième année – partant, être pris en charge par l'assurance-invalidité – et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie (ATF 130 V 294 consid. 5; TF 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 2.3 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la micromandibulie congénitale dont est atteinte la recourante constitue une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS. Plus particulièrement, elle est mentionnée sous ch. 20 de l'art. 19a al. 2 OPAS, qui énumère les infirmités congénitales au sens de l'al. 1, et décrite ainsi:

micromandibulie congénitale inférieure, lorsqu'elle entraîne, au cours de la première année de la vie, des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou lorsque:

- l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés);

- les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non-occlusion d'au moins trois paires de dents

antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire.

En l'espèce, il n'est par ailleurs pas contesté que les critères autorisant à qualifier une micromandibulie congénitale d'infirmité congénitale sont réunis.

b) S'agissant de la question de la prise en charge de la micromandibulie congénitale, l'assureur intimé interprète extensivement et sans fondement l'art. 19a al. 1 OPAS en considérant que la prise en charge du traitement d'une récurrence en matière d'infirmité congénitale est subordonnée à la prise en charge du traitement initial de l'infirmité en question par l'AI.

En effet, à lecture de l'art. 19a al. 1 OPAS, que ce soit dans sa version française, allemande ou italienne, il ressort que les conditions des let. a et b sont clairement alternatives et non dépendantes l'une de l'autre d'une part, et d'autre part que cette disposition n'introduit pas une distinction entre le traitement de l'infirmité congénitale et le traitement de sa récurrence. On ne saurait par ailleurs reprocher au Conseil fédéral de s'écarter dans cette ordonnance de la volonté du législateur. L'art. 19a al. 1 let a et b OPAS respecte en effet le but de coordination des réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale fixé à l'art. 27 LAMal. Le même but ressort par ailleurs du Message du Conseil fédéral relatif à la LPGA (FF 1991 II 243), qui prévoit ce qui suit en relation avec l'art. 3 LPGA:

"La définition de la notion de maladie au 1^{er} alinéa s'inspire de la jurisprudence du TFA. Il y a lieu de relever ici trois éléments: l'atteinte à la santé peut être physique ou mentale; elle doit être grave au point d'exiger un examen ou un traitement médical ou de provoquer une incapacité de travail; de plus, elle ne doit pas être due à un accident.

Au 2^e alinéa, on précise que les infirmités congénitales représentent des maladies. Par conséquent et dans la mesure où elles ne sont pas prises en charge par l'AI, les prestations en faveur des victimes de telles infirmités sont du domaine des assurances dont les prestations sont destinées aux malades".

Au demeurant, l'art. 31 al. 1 LAMal ne subordonne pas la prise en charge de soins dentaires à une intervention préalable de l'AI. Cela ressort aussi de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 130 V 294; TF 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'AI n'était donc pas appelée à prester.

On ne saurait dès lors considérer que l'absence de prise en charge d'un traitement initial d'une infirmité congénitale par l'AI empêche dans le cas d'espèce la prise en charge du traitement de la récurrence.

La nécessité d'un traitement dentaire, en l'occurrence un traitement combiné orthodontico-chirurgical, n'est pas contestée. Reste à déterminer, conformément à l'ATF 130 V 294, si dit traitement aurait pu être exécuté avant l'accomplissement de la vingtième année de la recourante, partant être pris en charge par l'assurance-invalidité. La date de survenance de la récurrence de la micromandibulie n'a pu être déterminée médicalement. En revanche, il est constant que le diagnostic de cette récurrence n'a été posé qu'en décembre 2011 et partant que la nécessité d'un traitement n'a été connue de la recourante que bien après ses 20 ans. On ne saurait dès lors lui faire grief de ne pas avoir entrepris un traitement dont elle ne savait pas encore qu'il s'imposerait.

La recourante n'a consulté son orthodontiste en raison d'une gêne liée à l'état de sa mâchoire que bien après l'âge de 30 ans. Rien n'indique qu'une gêne ou d'autres symptômes se seraient manifestés auparavant, après la fin du premier traitement à l'étranger. On doit constater que la récurrence n'est survenue qu'après l'âge de 20 ans.

c) La décision doit donc être réformée, en ce sens que la récurrence de la micromandibulie doit être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, les pièces au dossier étant

insuffisantes pour se prononcer plus avant, faute de connaître le dossier médical et les modalités du traitement. Partant, le recours est admis.

5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à une indemnité de 1'800 fr. à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 février 2013 par Y._____ est réformée en ce sens que la récurrence de la micromandibulie doit être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Y._____ versera à la recourante une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour S._____)
- Y._____
- 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 :