

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2015

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à Lausanne,

et

D. _____ Caisse-maladie SA, à Berne, intimée.

**Art. 2 al. 1, 31 al. 1, 33 al. 2 LAMal; 33 let. d OAMal; 17 let. a ch. 2
OPAS**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), auprès de la D._____ Caisse-maladie SA (ci-après : la caisse ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 2011.

Par courrier du 30 mai 2013, le Dr N._____, spécialiste SSO (Société suisse d'odonto-stomatologie) en orthodontie, a écrit à la caisse ce qui suit :

"Le 30 mai 2013, j'ai reçu Madame K._____ en consultation orthodontique.
Cette patiente présente une dislocation de la 13 (réd. : recte : 23) avec formation d'un kyste.
Le traitement consiste en une kystectomie avec cerclage de la 13 (réd. : recte : 23) suivie d'un traitement orthodontique pour harmoniser les deux arcades.
Le devis se monte de fr. 10'000 à fr. 12'000.-. Je tiens à préciser qu'il s'agit d'un traitement à but fonctionnel et non esthétique.
Ce traitement ne relève pas de l'assurance invalidité, mais est dû à un problème non évitable selon l'article 17a.2 et 17c.4 de l'OPAS.
C'est pourquoi, je vous demande d'accepter la prise en charge du traitement."

Le 4 juillet 2013, la caisse a confirmé au Dr N._____ qu'elle reconnaissait son obligation de servir les prestations au sens des art. 17 let. a ch. 2 et l'art. 17 let. c ch. 4 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 du DFI sur l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31) et a approuvé le traitement planifié (extraction [réd. : recte : cerclage] de la dent 23 et kystectomie). Faisant valoir que l'alignement ne correspondait pas à une prestation légale dès lors que la dentition de l'assurée était définitive, la caisse a toutefois refusé de participer aux coûts de cette prestation.

Par courrier du 9 juillet 2013 à la caisse, le Dr N._____ a indiqué qu'il prévoyait de cercler la dent 23 et ensuite de l'intégrer sur l'arcade, et non de l'extraire et de "mutiler l'assurée".

Par pli du 18 juillet 2013, la caisse a confirmé son refus de prise en charge des coûts de l'alignement pour le motif qu'il ne s'agissait pas d'une prestation à charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle a par ailleurs précisé que si l'assurée ne devait pas être d'accord avec cette détermination, elle pouvait demander une décision formelle susceptible d'opposition dans les six mois.

Le 26 juillet 2013, le Dr N._____ a envoyé à la caisse sa facture pour les soins dentaires prodigués du 30 mai au 24 juillet 2013, lesquels comprennent des prestations orthodontiques, pour un montant total de 2'119 fr. 50.

Une note interne de la caisse du 25 octobre 2013 indique que, par téléphone du 15 octobre précédent, le Dr N._____ a expliqué qu'il voulait seulement procéder à la kystectomie et au cerclage de la dent 23 et qu'il n'entendait pas faire de traitement d'orthodontie.

Le 13 novembre 2013, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et médecin conseil de la caisse, a pris position sur le dossier de la cause. Après examen des radiographies, il a nié l'existence d'un kyste à la dent 23 ainsi que celle d'une pathologie du développement régulier de la dentition. Il relevait que si, théoriquement, on pouvait encore parler d'une valeur de maladie menaçante (lésion radiculaire des dents voisines), celle-ci ne pouvait toutefois être qualifiée de menace imminente au vu de l'aspect radiologique, de sorte qu'elle n'avait pas valeur de maladie. Le Dr G._____ était d'avis qu'au regard de la jurisprudence, il y avait lieu de nier toute obligation de prise en charge. Enfin, il relevait qu'en cas de perte de la 63, un trou esthétique dans la dentition serait à déplorer. Dans ce cas, il conviendrait éventuellement de rechercher une valeur de maladie, ce que l'on pourrait à vrai dire discuter, si une atteinte esthétique pouvait être considérée comme lourde et ainsi être admise comme valeur de maladie qualifiée.

Le 21 novembre 2013, la caisse a transmis au Dr N._____, avec copie à l'assurée, l'avis de son médecin conseil du 13 novembre 2013, auquel elle a déclaré se rallier. Cela étant, elle a refusé la prise en charge de la facture du 26 juillet 2012, considérant qu'il ne s'agissait pas d'une prestation obligatoire au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 ou let. c ch. 4 OPAS et que sa détermination du 4 juillet précédent constituait une décision erronée. Elle a imparti un délai de 6 mois à l'assurée pour attaquer la détermination et indiqué que, dans le cas où l'état de fait devrait demeurer inchangé, une décision susceptible d'opposition lui serait remise.

Le 6 décembre 2013, la CAP Compagnie d'Assurance de protection Juridique SA (ci-après : la CAP) a porté à la connaissance de la caisse s'être vue confier la défense des intérêts de l'assurée. Le 19 février 2014, elle l'a informée qu'elle avait soumis la détermination du 21 novembre 2013 au Dr N._____, lequel avait pris position dans un rapport médical daté du 11 février 2014. En substance, la CAP soutenait que, selon le Dr N._____, la dentition de l'assurée ne saurait être considérée comme définitive car il subsistait toujours une dent de lait à la place de la canine définitive. De surcroît, il n'était pas envisageable de conserver une dent de lait à vie, surtout s'agissant d'une canine, car celle-ci était élémentaire pour le guidage de l'occlusion et la bonne fonction des articulations. Enfin, le traitement effectué par le Dr N._____, tel qu'indiqué dans sa correspondance du 9 juillet 2013, consistait dans le cerclage de la dent 23 et dans son intégration sur l'arcade, et non en l'extraction de celle-ci. Dans ces conditions, l'affection dont souffrait l'assurée devait être considérée comme ayant valeur de maladie, ce qui justifiait la prise en charge du traitement par la caisse. Au surplus, si l'on devait considérer la dentition de l'assurée comme étant définitive, il n'en demeurait pas moins que, selon le Dr N._____, l'examen radiologique rendait évidente la dislocation de la canine 23 et l'on se trouvait en présence d'un kyste péri-coronaire. Enfin, elle relevait que, toujours selon le Dr N._____, la pathologie du développement anormal ne saurait être niée, même au vu de l'âge de sa patiente, car la dentition ne s'était pas développée normalement et que la canine présentait une position incluse

palatale, raison pour laquelle elle ne pouvait pas remplir sa fonction physiologique. Au vu de l'ensemble de ces arguments, la mandataire de l'assurée soutenait qu'il y avait lieu de considérer que l'on se trouvait en présence d'une prestation obligatoire au sens des art. 17 let. a ch. 2 et let. c ch. 4 OPAS, de sorte qu'il appartenait à la caisse de prendre en charge l'intégralité du traitement dentaire de l'assurée. Si la caisse devait persister dans sa position, elle était invitée à rendre une décision susceptible d'opposition.

Dans son courriel à la caisse du 8 mars 2014, le Dr G. _____ s'est une nouvelle fois déterminé. Dans les motifs qui l'amenaient à conclure que le traitement de la dent disloquée 23 n'engageait pas une obligation de prise en charge au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS, il mentionnait en particulier le fait que l'on ne saurait parler de kyste, comme l'affirmait le Dr N. _____. Pour le surplus, le médecin conseil de la caisse relevait que d'autres articles de l'OPAS n'entraient pas en considération.

Par courrier du 17 mars 2014, la caisse a informé l'assurée des motifs exposés par son médecin conseil pour nier une prise en charge. Elle relevait en particulier que, conformément à la jurisprudence, vu que la dent disloquée 23 ne présentait aucune valeur de maladie, respectivement aucun phénomène pathologique, les critères de prise en charge au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS n'étaient pas remplis. Par ailleurs, la constatation du Dr N. _____, selon laquelle la persistance de la dent de lait 63 ne permettait pas de considérer que l'assurée avait une dentition définitive, n'était pas pertinente et n'était pas en accord avec la définition qu'en donne la jurisprudence (dentition définitive dès l'âge de 18 ans). De même, l'affirmation que la dent 23 présentait un kyste péricoronaire n'était pas pertinente, le résultat radiologique étant un résultat physiologique correspondant au sac folliculaire. Enfin, bien que la constatation du Dr N. _____ selon laquelle la dentition ne s'était pas développée normalement (à cause de la dislocation de la dent 23 et de la persistance de la dent de lait) était correcte, elle était insignifiante pour fonder l'obligation de prise en charge. Pour ces raisons, la caisse a

confirmé que le traitement de la dent disloquée 23 ne constituait pas une prestation obligatoire au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS et a confirmé sa décision de refus du 21 novembre 2013. Pour le cas où l'assurée ne devait pas accepter cette détermination, il lui était loisible de l'attaquer en demandant, dans les six mois, de rendre une décision susceptible d'opposition.

En date du 23 mai 2014, l'assurée a relevé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, si à l'âge de 18 ans la dentition devrait être arrivée au terme de son développement dans les cas physiologiques, l'on assistait dans son cas à une exception à cette règle, car la dent 23 n'avait toujours pas remplacé la canine de lait 63. Ainsi selon le Dr N._____, il s'agissait bien d'une dentition en développement. Elle précisait, toujours en se prévalant de la jurisprudence, que s'agissant d'une dentition en développement, l'affection pouvait avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoquait une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Dans son cas, le Dr N._____ était d'avis que la rétention et la malposition de la canine 23 avaient empêché la mise en place complète et fonctionnelle de la dentition définitive. A toutes fins utiles, l'assurée a joint à ses lignes une copie du rapport établi par le Dr N._____ le 21 mai 2014. Elle a prié la caisse de bien vouloir reconsidérer sa détermination du 17 mars 2014 et, dans la négative, de rendre une décision susceptible d'opposition.

Le 27 mai 2014, la caisse a fait savoir à l'assurée que, selon l'art. 7 de la convention tarifaire entre la SSO et le Concordat des assureurs-maladie suisses, un devis est réputé accepté s'il n'est pas fait opposition dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception. La décision de la caisse s'étant trouvée retardée par les éclaircissements nécessaires, elle formait par ce pli opposition au devis, à titre conservatoire.

Par décision du 13 juin 2014, la caisse, se fondant sur l'avis de son médecin conseil, a refusé la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de la kystectomie et du cerclage de la dent 23 par le

Dr N._____. Elle relevait en substance que la dent 23 ne présentait pas de kyste et que la radiotransparence péricoronaire correspondait au sac folliculaire et devait par conséquent être qualifiée de normale. Une autre valeur de maladie n'apparaissait pas sur la base des documents. Enfin, le développement de la dentition de l'assurée était terminé, celle-ci étant âgée de 24 ans, de sorte qu'une entrave au développement ordonné de la dentition n'entraîne pas en ligne de compte.

Par écriture du 1^{er} juillet 2014, l'assurée a formé opposition à la décision du 13 juin 2014. L'assurée a rappelé que le Dr N._____ était d'avis que la rétention et la malposition de la canine 23 avaient empêché la mise en place complète et fonctionnelle de la dentition définitive. De plus, si l'on devait considérer la dentition de l'assurée comme étant définitive, il n'en demeurerait pas moins que, selon le Dr N._____, au vu de l'examen radiologique, la dislocation de la canine 23 était évidente et que l'on se trouvait en présence d'un kyste péricoronaire. Il s'agissait donc d'une prestation obligatoire au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS, raison pour laquelle il revenait à la caisse de prendre en charge l'intégralité du traitement suivi par l'assurée.

Par décision sur opposition du 11 août 2014, la caisse a confirmé sa décision de refus de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du traitement dentaire (kystectomie et cerclage de la dent 23 par le Dr N._____) de l'assurée. Elle a considéré en substance que le traitement en question n'entraîne pas dans la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire selon les art. 17 à 19 OPAS, laquelle est exhaustive (ATF 127 V 391 consid. 1, 130 V 464 consid. 2.3). Elle retenait, en se fondant sur l'appréciation du Dr G._____, qu'une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entraîne pas en ligne de compte au-delà de l'âge de 18 ans et que dès lors que l'assurée était âgée de 24 ans, le cas de figure devait être jugé à la lumière de la jurisprudence relative à la dentition définitive. A cet égard, elle relevait que l'appréciation médicale de son médecin conseil devait être suivie, en ce sens que l'assurée ne présentait aucun kyste, ni aucun autre phénomène pathologique, de sorte

qu'elle n'avait aucune obligation de prester en application des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 ch. 2 let. a OPAS.

B. Par acte de sa mandataire du 12 septembre 2014, K. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 11 août précédent devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant à son annulation. La recourante reproche à l'intimée d'avoir procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits en ne prenant pas en considération les éléments relevés par le Dr N. _____. Après avoir constaté que tant ce dernier que le médecin conseil de l'intimée s'accordaient sur le fait qu'elle présente une dislocation de la dent 23, elle fait valoir que c'est à tort que l'intimée a estimé qu'une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entraîne pas en ligne de compte au-delà de l'âge de 18 ans et qu'au vu de son âge (24 ans) son cas de figure devait être jugé uniquement à la lumière de la jurisprudence relative à la dentition définitive. Selon la recourante, qui se réfère aux divers avis médicaux émis successivement par le Dr N. _____, sa dentition ne saurait être considérée comme définitive et ce malgré son âge, dès lors que l'affection dont elle souffre a justement provoqué une entrave au développement ordonné puisque la rétention et la malposition de la canine 23 ont empêché la mise en place complète et fonctionnelle de la dentition définitive. Elle relève de surcroît que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une dentition en développement s'entend en règle ordinaire jusqu'à l'âge de 18 ans (TFA K 93/01 du 4 décembre 2001) et que cette formulation laisse place à des exceptions telle que celle qu'elle présente. En conclusion, la jurisprudence ne saurait être interprétée en ce sens qu'au-delà de 18 ans, on se trouverait automatiquement en présence d'une dentition dite définitive. L'obligation de prester en application des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 ch. 2 let. a OPAS serait par conséquent fondée. Dans un dernier grief, la recourante reproche à l'intimée de n'avoir formellement fait opposition au devis du Dr N. _____ qu'en date du 27 mai 2014, alors que l'art. 7 de la convention tarifaire entre la SSO et le Concordat des assureurs-maladie suisses prévoit un délai de 10 jours ouvrables. La recourante a notamment produit l'avis médical établi le 4

septembre 2014 par le Dr N. _____ à l'attention de sa mandataire, qui indique notamment ce qui suit :

"Par la présente, je vous confirme que l'arrêt du Tribunal Fédéral 127 V 328 considération 6a n'a pas établi fermement la fin du développement de la dentition à 18 ans. En effet, il a laissé "la porte ouverte" aux exceptions puisqu'il est dit que la dentition en développement s'entend en règle ordinaire jusqu'à 18 ans. Dans le cas qui nous occupe, nous ne nous trouvons pas dans une situation ordinaire.

Un CT-Scan a été effectué par mon confrère le Dr. [...] pour préciser la présence ou non d'un kyste sur la dent 23. Celui-ci n'a pas révélé la présence d'un kyste mais celle d'un sac folliculaire autour de cette dent, ainsi que la résorption radiculaire de la dent de lait 63. Ceci démontre que c'est un phénomène encore évolutif et qu'il s'agit donc toujours, d'un point de vue médical, d'une denture en développement. Le fait que la patiente soit âgée de 24 ans ne change absolument rien à cette constatation."

Dans sa réponse du 3 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle reprend pour l'essentiel les arguments de sa décision sur opposition. Pour le surplus, elle relève que l'existence d'un phénomène pathologique n'est plus litigieuse, le Dr N. _____ ayant admis dans son rapport du 4 septembre 2014 que le CT-scan ordonné par son confrère n'a pas révélé de kyste mais l'existence d'un sac folliculaire autour de cette dent, ainsi que la résorption radiculaire de la dent de lait 63.

Le 18 novembre 2014, le Juge instructeur a indiqué aux parties que, sauf réquisition de leur part d'ici au 3 décembre 2014, il serait passé au jugement de la cause.

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 al. 1 LAMal). 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

al. 1 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Au vu de la valeur litigieuse, inférieure à 30'000 fr. (2'119 fr. 50 si l'on se réfère à la facture du Dr N. _____ du 26 juillet 2013, 10'000 fr. à 12'000 fr. selon le devis du même orthodontiste du 30 mai 2013), un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer en qualité de juge unique (art. 93 let. a et 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la prise en charge, par l'intimée, des frais induits par le traitement dentaire tel que résultant du devis du Dr N. _____ du 30 mai 2013, à l'exception des prestations orthodontiques d'emblée exclues par la caisse, exclusion non contestée.

3. a) En vertu de l'art. 80 al. 1 LAMal, les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA,

le droit de l'intéressé à exiger qu'une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA soit rendue restant réservé (al. 2).

En l'espèce, dans son courrier du 4 juillet 2013, la caisse a garanti le paiement du cerclage de la dent 23 et de la kystectomie. Ce courrier constitue une décision au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA. Dans son courrier du 21 novembre 2013, après avoir qualifié sa détermination du 4 juillet 2013 de "décision erronée", l'intimée a refusé de s'acquitter de la facture du 28 juillet 2013 du Dr N._____ en se référant à l'avis de son médecin conseil le Dr G._____. Ceci étant, il faut constater que, le 21 novembre déjà, l'intimée a procédé à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, laquelle est possible en cas de décision rendue selon la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA (ATF 111 V 329 consid. 1; DTA 1998 p. 76 consid. 3b). Il convient donc de déterminer si les conditions d'une reconsidération étaient réalisées dans le cas présent, étant précisé qu'à défaut, l'intimée serait tenue de prendre en charge les prestations dont elle a garanti le paiement le 4 juillet 2013.

4. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après

un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_575/2007 arrêt du 18 octobre 2007 consid. 2.2 et TFA I 907/06 arrêt du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

b) En l'espèce, la décision initiale était manifestement erronée en tant qu'elle portait sur la garantie de prise en charge de la kystectomie. En effet, de l'examen du dossier dentaire par le médecin conseil, il ressort qu'il n'y a pas de kyste, ce qui est au demeurant confirmé par l'avis médical du Dr N. _____ du 4 septembre 2014, produit par la recourante en procédure de recours (pièce 11 de son bordereau). Reste à savoir s'il en est de même s'agissant du cerclage de la dent 23.

c) En ce qui concerne le cerclage de la dent 23, la question de la possible reconsidération, respectivement du refus de prise en charge, doit être examinée à la lumière des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 let. a ch. 2 OPAS, ces dispositions étant les seules à pouvoir entrer en ligne de compte concernant une éventuelle prise en charge (pour une vue d'ensemble de cette question cf. ATF 127 V 391).

5. a) Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires :

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles,
- ou
- c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

Le Conseil fédéral, à qui il appartenait de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal (art. 33 al. 2 LAMal) a délégué

cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI), lequel a édicté l'OPAS. L'art. 17 OPAS renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance selon l'art. 17 OPAS notamment est exhaustive (ATF 124 V 193 consid. 4 et 347 consid. 3a).

b) Sous le titre "Maladies du système de la mastication", la let. a ch. 2 de l'art. 17 OPAS, a la teneur suivante :

"A condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31, 1^{er} al., let. a, LAMal) :

a. maladies dentaires :

1. [...]

2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple : abcès, kyste)."

L'art. 17 let. a ch. 2 OPAS décrit un état de fait ("dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires") en se servant de notions qui, comme telles, paraissent trop imprécises, de sorte qu'aux yeux de son auteur, l'affection doit en plus pouvoir être qualifiée de "maladie" (par exemple : abcès, kystes). Il s'agit dès lors de savoir si cette notion de maladie diffère du critère de la maladie posé de manière générale à l'art. 17 OPAS et si, en conséquence, les affections visées par cette disposition entrent dans le catalogue des prestations à la charge de l'assurance-maladie. En outre, il faut se demander si la notion de maladie dont use l'art. 17 OPAS, de manière générale ou à sa let. a ch. 2 en particulier (dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires), recouvre la notion de maladie définie à l'art. 2 al. 1 LAMal.

c) Dans ce contexte, en mars 2000, le Tribunal fédéral des assurances a confié à un collège d'experts une expertise de principe en matière de médecine dentaire. L'expertise, déposée le 31 octobre 2000, a fait l'objet d'une discussion avec les experts en février 2001, avant d'être complétée en avril 2001. Les experts ont répondu aux questions posées

sur un plan général, c'est-à-dire abstraction faite des cas particuliers pendants devant le tribunal. Ils ont ainsi fourni les éléments qui permettent une interprétation de la loi fondée sur une meilleure compréhension de la science médicale dont elle s'inspire.

ca) Invités à se prononcer sur le caractère de maladie en présence de dislocations dentaires (position ectopique des dents), dents ou germes dentaires surnuméraires au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS, les experts ont estimé qu'il devait s'agir d'une maladie qualifiée par rapport à la notion de maladie définie à l'art. 2 al. 1 LAMal. Du moment que les notions de "dislocations dentaires" et de "dents ou germes dentaires surnuméraires" visent aussi bien des maladies sévères que des affections de peu de gravité du système de la mastication, il est possible, grâce à ce critère de distinction, de délimiter les maladies graves - c'est-à-dire celles qui revêtent le caractère de maladie au sens de l'ordonnance - des autres affections qui ne peuvent pas être qualifiées de graves et qui, en conséquence, ne tombent pas sous le coup de l'art. 31 al. 1 LAMal.

Sur la base des conclusions des experts, le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que 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). Autrement dit, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. La répétition du terme "maladie" à l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS vise à mettre l'accent sur la condition de gravité requise de manière générale à l'art. 17 OPAS. En effet, dans le cas de dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, il se trouve précisément un nombre prépondérant d'affections légères par rapport aux atteintes à la santé qui revêtent un caractère de gravité (ATF 127 V 334 consid. 5b, 127 V 391 consid. 2 et 3).

cb) Afin d'être en mesure d'évaluer le degré de gravité de la maladie en cas de dislocations dentaires, de dents ou germes dentaires surnuméraires, les experts opèrent une distinction entre la dentition en développement - en règle ordinaire jusqu'à l'âge de 18 ans - et la dentition définitive. S'agissant d'une dentition en développement, l'affection peut avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoque une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Pour ce qui est d'une dentition définitive, une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entre pas en ligne de compte; l'état de maladie se limite ici à un phénomène pathologique.

En outre, selon les experts, pour qu'une entrave à un développement ordonné de la dentition ait valeur de maladie, elle doit être en rapport avec une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires; il faut, par ailleurs, qu'elle se soit déjà manifestée ou qu'elle représente un danger imminent selon l'expérience médicale dentaire; enfin, il faut que l'atteinte ne puisse pas être supprimée ou évitée par des mesures simples. Comme exemples d'entraves à un développement ordonné de la dentition, les experts mentionnent l'entrave à l'éruption de dents voisines, la résorption ou le refoulement de celles-ci et l'arrêt de la croissance de la crête alvéolaire à la suite d'une ankylose de dents définitives et d'une ankylose précoce de dents de lait. Les experts considèrent comme étant des mesures thérapeutiques simples, notamment, l'extraction sans complication de dents de lait ou de dents définitives (extraction simple), l'excision d'une calotte de muqueuse, ainsi que l'utilisation d'un appareillage simple pour offrir l'espace nécessaire à l'éruption dentaire (par exemple un écarteur fixe ou mobile, un arc lingual, un arc palatin, un "headgear").

Toujours selon les experts, on parle de phénomène pathologique quand il est en relation avec une dislocation dentaire ou des dents ou germes dentaires surnuméraires, qu'il ne peut être combattu par des mesures prophylactiques, qu'il provoque des dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants ou encore qu'il risque, selon une évaluation fondée sur un examen clinique ou

au besoin radiologique, de provoquer avec une grande probabilité de tels dommages et qu'à défaut d'intervention il en résulterait une atteinte au système de la mastication. A titre d'exemples de dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants, les experts mentionnent l'abcès, le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péricoronarite chronique-récurrente (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables.

cc) Le Tribunal fédéral des assurances a considéré, en se ralliant au point de vue des experts, qu'il convenait de reconnaître un caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS aux entraves à un développement ordonné de la dentition ou à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition en développement, et à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition définitive. Le phénomène pathologique doit provoquer des dommages importants aux dents avoisinantes ou, sous certaines conditions, représenter un risque imminent d'un tel dommage. En conséquence, le caractère de maladie doit d'emblée être nié lorsqu'on est uniquement en présence d'une dislocation dentaire, de dents ou germes dentaires surnuméraires, par exemple quand l'écart par rapport à la position et à l'axe normaux dépasse une valeur minimale (ATF 127 V 336 consid. 7a). En outre, ainsi qu'on l'a vu, l'obligation de prise en charge par l'assurance-maladie suppose ici une atteinte qualifiée à la santé : toute affection provoquée par une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires, ne justifie donc pas que des mesures diagnostiques ou thérapeutiques soient prises en charge par l'assurance-maladie.

d) En l'espèce, il convient, au regard des principes applicables en la matière rappelés au consid. 4c) ci-dessus, de se demander si on est en présence d'une dentition en développement - comme le soutient la recourante - ou - à l'instar de l'intimée - d'une dentition définitive. Sur ce

point, l'âge de 18 ans mentionné dans la jurisprudence pour l'aboutissement du développement de la dentition ne constitue pas une limite temporelle péremptoire au vu des termes "en règle ordinaire jusqu'à l'âge de 18 ans" (ATF 127 V 391 consid. 3c notamment). Quant à la lecture que l'intimée fait de l'arrêt K 93/01 dans sa réponse, elle paraît pour le moins extrapolatoire : l'âge d'acquisition de la dentition définitive variera certes d'un individu à l'autre mais ne saurait dépendre de la date d'une consultation.

Si on se réfère aux situations énumérées à titre d'exemples par le collège d'experts mandaté par le Tribunal fédéral et rappelées aux ATF 127 V 391 consid. 3c) aa)), la dentition de la recourante ne paraît plus devoir être considérée comme en développement, faute de présenter une entrave à un développement ordonné de la dentition avec valeur de maladie (comme par exemple entraver l'éruption de dents voisines, la résorption ou le refoulement de celles-ci, etc.). L'orthodontiste traitant de la recourante n'allègue d'ailleurs pas que la dent disloquée entraverait le développement des autres dents de sa patiente. En outre, dans le même considérant, le Tribunal fédéral relève que l'entrave (pour les autres dents) doit s'être déjà manifestée ou représenter un danger imminent. Le Dr N._____ ne le prétend pas non plus. Ainsi, même dans l'hypothèse d'une dentition encore en développement, la condition de l'entrave au développement ordonné de la dentition n'est pas réalisée et par conséquent il n'y a pas maladie au sens de l'OPAS.

Etant admis que la dentition est définitive, on ne peut qu'observer que les conditions (rappelées notamment dans ATF 127 V 391 consid. 3c) bb)) permettant de retenir un phénomène pathologique présentant un caractère de maladie ne sont pas réunies (pas de dommage actuel, notamment pas de kyste, ni de démonstration d'un dommage futur probable entraînant une atteinte au système de mastication à défaut d'intervention).

Dans ces conditions, il faut admettre que l'intimée était légitimée à reconsidérer sa décision du 4 juillet 2013 également en ce qui concerne le cerclage de la dent 23.

5. La recourante relève encore une violation de l'art. 7 de la convention tarifaire entre la SSO, dont fait partie le Dr N._____, et le Concordat des assureurs-maladie suisses. Outre que l'on ne discerne pas à quel acte de l'intimée correspond la date du 27 mai 2014 mentionnée dans le recours, on observera que la caisse a pris position par rapport au devis du 30 mai 2013 le 4 juillet 2013. Sa décision est intervenue après l'échéance du délai de 10 jours mentionné dans la convention tarifaire. Doit-on en déduire que, faute d'opposition en temps utile, le devis était réputé accepté avec pour conséquence que l'intimée devait prendre en charge les prestations objet du devis du 30 mai 2013 ? Répondre par l'affirmative confinerait à l'abus de droit. En effet, le devis litigieux ne respecte pas les exigences de forme de l'art. 7 (il n'est pas détaillé, ne comporte pas de plan de traitement avec indication des frais) et le médecin dentiste a manifestement commencé le traitement avant même l'échéance du délai de 10 jours ouvrables.

Enfin, la recourante reproche à tort à l'intimée de ne pas avoir donné suite à sa demande de reconsidération. A tort, car un assuré ne peut prétendre à la reconsidération d'une décision (ATF 117 V 12, consid. 2a et les références).

6. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance maladie devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). Il en va de même pour l'intimée qui, bien qu'obtenant gain de cause, non seulement n'était pas

assistée d'un mandataire professionnel, mais a au surplus qualité d'assureur social (ATF 128 V 124, consid. 5b).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue par la D._____ Caisse-maladie SA le 11 août 2014 est confirmée.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à Lausanne (pour la recourante),
- D._____ Caisse-maladie SA, à Berne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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).

La greffière :