

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 janvier 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Métral et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Marc-Aurèle Vollenweider,  
avocat à Lausanne,

et

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 27 et 31 al. 1 LAMal ; 17 et 19a OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1993, est assuré auprès Q.\_\_\_\_\_ (ci-après également : l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.

Par courrier du 6 novembre 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, a indiqué que l'assuré présentait une micromandibulie (ANB 7°), une hypodivergence marquée (angle des bases inférieur 11°), accompagnée d'un deepbite de 9mm traumatisant, ainsi qu'une dent surnuméraire 34bis, qui nécessitaient absolument d'être corrigés afin d'harmoniser les arcades dentaires et rétablir une fonction normale. Il s'agissait de problèmes congénitaux non évitables, correspondant aux chiffres 19 et 21 de l'art. 19a OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31). Il a sollicité de Q.\_\_\_\_\_ la prise en charge du traitement, dont le coût s'élevait à environ 12'500 fr. sur le plan orthodontique.

Un collaborateur de Q.\_\_\_\_\_ a mentionné dans une note au dossier qu'il avait reçu un appel téléphonique le 27 janvier 2014 du père de l'assuré, qu'il avait eu de la peine à comprendre en raison de son accent. Il ressort de cette note que les problèmes de l'assuré existaient depuis longtemps sans qu'il ait été annoncé à l'AI et qu'il avait été adressé au Dr M.\_\_\_\_\_ par son médecin et son psychiatre traitants.

Interrogé par Q.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthodontie, a considéré dans un rapport du 3 mars 2014 qu'il n'y avait apparemment jamais eu d'indication pour un traitement orthodontique, qu'on pouvait partir du principe que l'assuré s'était régulièrement rendu chez le dentiste eu égard aux nombreuses obturations qu'il présentait, que les conditions des chiffres 207 et 208/209 OIC auraient en effet été remplies, mais qu'il était nécessaire d'avoir une valeur de maladie évidente pour qu'il s'agisse d'une prestation obligatoire. La caisse-maladie

pourrait éventuellement prendre en charge l'extraction des dents surnuméraires.

Invité à donner des indications détaillées et précises relatives à la valeur de maladie, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé dans un courrier du 2 avril 2014 que les valeurs de l'angle ANB (7°) et de l'angle des bases inférieures (11°) donnaient normalement droit aux prestations de l'assurance-invalidité puis de l'assurance-maladie, et qu'il en allait de même pour la dent surnuméraire.

Dans un courrier du 2 mai 2014 adressé à l'assuré, Q.\_\_\_\_\_ a reconnu que les valeurs des angles mandibulaires remplissaient les conditions des infirmités congénitales n° 207 et 209. Elle a cependant demandé à l'assuré les raisons pour lesquelles la thérapie planifiée n'avait pas été effectuée avant l'âge de 20 ans, l'invitant à indiquer où il avait été scolarisé, s'il avait effectué des contrôles dentaires et, le cas échéant, auprès de quel dentiste.

L'assuré a transmis à Q.\_\_\_\_\_ une attestation de scolarisation à l'établissement primaire et secondaire d' [...] d'août 2002 à juillet 2007, ainsi que les noms des dentistes qu'il avait consultés, à savoir les Drs H.\_\_\_\_\_ en 2004 et 2008 et B.\_\_\_\_\_ en 2010.

En réponse au courrier de Q.\_\_\_\_\_ qui l'invitait à communiquer s'il avait constaté une mauvaise position des dents ou de la mâchoire chez l'assuré, si l'assuré en avait été informé et si un éclaircissement orthodontique avait été fait, le Dr H.\_\_\_\_\_ a transmis différents documents, dont le rapport du service dentaire scolaire de l'année 2008, selon lequel l'assuré avait besoin d'une consultation auprès d'un spécialiste d'orthodontie, du traitement de plusieurs caries et d'explications relatives à l'hygiène dentaire.

Par courrier du 11 septembre 2014, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, a indiqué qu'un bilan céphalométrique avait mis en évidence un angle GO-GN-S-N à 31°, un angle SNA à 76°, un angle SNB à 68°, un angle

ANB à 8° et une divergence des maxillaires à 15°. Il était indispensable d'effectuer une correction de cette dysmorphose faciale par un traitement mixte, à savoir une harmonisation des arcades dentaires par traitement orthodontique puis une chirurgie orthognatique bi-maxillaire.

Dans une prise de position du 2 novembre 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr M.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la valeur de la maladie, que la position des dents de l'assuré n'était sans aucun doute pas idéale, mais que l'affection devait pouvoir être qualifiée de maladie. Il a constaté que le Dr H.\_\_\_\_\_ avait rendu le patient attentif à la nécessité de procéder à une correction, laquelle aurait pu être réalisée en 2008 et annoncée à l'Al. Il n'y avait pas de raison de penser que les valeurs angulaires céphalométriques s'étaient fortement modifiées par la suite. Il appartenait à l'assuré d'expliquer pourquoi il n'avait pas consulté d'orthodontiste, faute de quoi il fallait partir du principe qu'il y avait volontairement renoncé, n'estimant pas nécessaire de procéder à ce traitement. Une garantie de paiement devait être refusée en l'absence de valeur de maladie. Le Dr J.\_\_\_\_\_ sollicitait néanmoins que le cas soit soumis au Dr V.\_\_\_\_\_ et voulait savoir pourquoi l'assuré avait été adressé au Dr M.\_\_\_\_\_ par sa psychiatre.

A nouveau interrogé par Q.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un courrier du 17 novembre 2014 difficilement lisible puis par téléphone du même jour, que l'assuré avait été informé dans le cadre de l'examen de médecine dentaire scolaire de la nécessité de consulter un orthodontiste pour la mauvaise position de ses dents, que ni ses parents ni lui ne s'étaient montrés très intéressés et qu'ils s'étaient par ailleurs montrés peu coopératifs.

Par courriers du 8 janvier 2015, Q.\_\_\_\_\_ a informé les Drs M.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ qu'elle refusait la prise en charge du traitement sollicité. Rappelant que l'indication médicale pour un traitement d'une infirmité congénitale après l'âge de 20 ans devait être apportée et qu'il devait exister une valeur de maladie qualifiée particulière, elle a relevé que l'assuré avait déjà été informé en 2008 de la nécessité d'une

correction orthodontique de sorte que le traitement aurait pu être effectué à ce moment-là. Le simple fait que la position des dents n'était pas idéale ne donnait pas droit à la prise en charge du traitement, en raison de l'absence d'une valeur de maladie qualifiée.

Par courrier du 12 octobre 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_ a sollicité le réexamen du dossier, exposant qu'en raison de la malocclusion dentaire avec overjet de 11 mm, l'assuré présentait des douleurs importantes et permanentes, associées à une intolérance masticatrice aux solides. Un repositionnement des arcades dentaires était indispensable pour diminuer les charges des segments molaires postérieurs et la pression infligée par les têtes de condyle sur les ménisques inter-articulaires, pathologie à la charge de l'assurance-maladie selon l'art. 17 let. d chiffre 3 OPAS.

Dans une nouvelle prise de position du 12 janvier 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_ a retenu en substance que le cas n'était pas très clair et a conseillé de le soumettre au Dr V. \_\_\_\_\_. Il ne savait pas si la valeur de maladie était « prouvée » sur la base de la prise de position du chirurgien maxillo-facial. Il a envisagé une prise en charge du nivellement des arcades dentaires pour un montant maximal de 8'500 fr., précisant que la prise en charge de la correction du nez devait être refusée. Il se demandait toujours pourquoi l'assuré avait été envoyé chez l'orthodontiste par sa psychiatre et il mettait en doute l'affirmation selon laquelle l'assuré n'arriverait pas à serrer les dents, au vu des photos initiales.

Le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL et titulaire d'une qualification en chirurgie cervico-faciale, a répondu aux questions de Q. \_\_\_\_\_ le 25 février 2016 comme suit (traduction française produite par l'intimée) :

*« 1. Une valeur de maladie qualifiée peut-elle être confirmée en s'appuyant sur la demande de réexamen du Dr I. \_\_\_\_\_ ?*

Le document cite principalement des douleurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires à droite d'une intensité de 6 sur une échelle de 10, prétendument dues à une luxation méniscale antérieure avec dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires bilatérales. C'est un diagnostic qui ne peut être étayé que par une imagerie adéquate par IRM des articulations temporo-

mandibulaires. Si le résultat s'avère positif, cela pourrait, suivant les circonstances, déclencher une obligation d'allouer des prestations selon l'art. 17 d 3 OPAS avec valeur de maladie.

Sauf qu'un traitement correspondant doit s'attaquer à l'articulation temporo-mandibulaire et non pas à une correction de la dysgnathie - d'après l'expertise A.\_\_\_\_\_, une correction de l'occlusion dentaire n'est pas une mesure fondée sur des données factuelles et appropriée pour traiter une luxation méniscale ou des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. Les critères EAE [efficacité, adéquation, économicité] ne sont pas remplis.

*2. Si oui, selon quel article faut-il confirmer une obligation d'allouer des prestations ?*

Pour autant que ce soit le cas (seulement pour se montrer arrangeant) art. 25 LAMal.

*3. Le traitement combiné prévu satisfait-il à l'économicité et l'adéquation ?*

Il n'y a pas d'estimation des coûts pour la chirurgie (probablement selon DRG ?) - l'économicité ne peut donc pas être examinée. Adéquation plutôt oui, mais pas selon l'art. 17d 3 OPAS.

*4. Si oui, faut-il accorder une garantie de paiement pour la précoordination orthodontique pour un montant estimé à CHF 12'000.-*

Le Dr J.\_\_\_\_\_ doit apprécier cela, je suis d'avis que vu les circonstances, plutôt non.

*5. Faut-il aussi approuver les mesures chirurgicales (déplacement vers l'avant de la mâchoire inférieure év. génioplastie et éventuellement correction du nez) ?*

Pour se montrer arrangeant (voir point 2), éventuellement seulement une ostéotomie sagittale mandibulaire bilatérale (OSMB), mais sans génioplastie (purement cosmétique). Rien ne justifie la correction du nez - il s'agit donc d'une intervention purement cosmétique. »

Par courrier du 14 mars 2016, la caisse a refusé d'allouer des prestations pour la chirurgie maxillo-faciale pour le traitement de l'occlusion, y compris les frais d'hôpital, et pour le traitement orthodontique en lien avec cette intervention. Elle a relevé que les diagnostics de luxation du condyle et du disque articulaire ne pouvaient être établis qu'au moyen d'une IRM et que les traitements envisagés n'avaient de toute façon pas à être pris en charge par l'assurance-maladie, faute de lien de causalité entre la problématique de l'articulation temporo-maxillaire et l'occlusion, comme retenu par plusieurs expertises

réalisées dans des cas similaires. La génioplastie et la correction du nez, purement esthétiques, n'avaient pas non plus à être prises en charge.

Par courrier du 15 juin 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale du L.\_\_\_\_\_, (ci-après : L.\_\_\_\_\_) a mentionné que l'assuré présentait un syndrome de face courte sévère, associé à une rétromandibulie caractérisée par un angle de base de 15° et une ANB de 8°, entraînant des douleurs quasi constantes, une gêne de la fonction manducatrice l'empêchant de manger des aliments durs et une gêne d'élocution avec la difficulté à prononcer certains mots. Il a précisé que cette affection était en principe prise en charge par l'assurance-invalidité en tant qu'infirmiété congénitale, respectivement par l'assurance-maladie.

Par courrier du 6 juillet 2016, Q.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position telle que contenue dans ses décisions des 8 janvier 2015 et 14 mars 2016.

Dans un rapport médical du 3 décembre 2016, la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné que l'assuré, qu'elle suivait depuis 2006, l'avait sollicitée en 2015 au motif notamment de sa maigreur, précisant qu'il se plaignait de douleurs dans les articulations temporo-mandibulaires et que ses difficultés de trituration et de mastication étaient la cause d'une diminution continue de l'appétit. Elle estimait que la correction de sa dysmorphose était essentielle pour son avenir personnel et professionnel.

Dans une nouvelle prise de position du 28 décembre 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait savoir que seul un orthodontiste était qualifié pour définir les infirmités congénitales présentes. Il estimait que les critères pour la valeur de maladie qualifiée n'étaient pas remplis du fait que l'occlusion latérale était suffisamment appuyée, ce qui devrait assurer une fonction masticatoire quasi normale, comme cela ressortait également d'une étude. A la question de savoir si un autre article de l'OPAS pouvait s'appliquer, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que les problèmes au niveau de

l'articulation temporo-mandibulaire n'avaient pas été définis plus précisément et qu'il n'y avait notamment pas d'IRM.

Dans un rapport de consultation réceptionné par Q.\_\_\_\_\_ le 3 mars 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, a indiqué que l'assuré présentait des problèmes d'élocution ainsi que de mastication qui le gênaient dans sa vie quotidienne et pour lesquels une chirurgie maxillo-faciale d'avancement mandibulaire devait lui être proposée et prise en charge dans le cadre de la LAMal.

Par décision du 27 mars 2017, Q.\_\_\_\_\_ a formellement refusé de prendre en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins les traitements d'orthodontie et de chirurgie maxillaire en question, ainsi que les frais hospitaliers y relatifs.

Dans un courrier du même jour, Q.\_\_\_\_\_ a par ailleurs fait savoir qu'elle ne pouvait pas non plus participer aux coûts en lien avec l'assurance-maladie complémentaire conclue par l'assuré.

L'assuré a formé opposition contre cette décision par le biais de son mandataire en date du 11 mai 2017. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'on ne pouvait lui reprocher de ne pas avoir procédé aux examens orthodontiques à l'époque, vu son jeune âge, étant précisé qu'on ne pouvait lui opposer les carences supposées de ses parents.

Par décision sur opposition du 27 novembre 2017, Q.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 27 mars 2017. Elle a retenu que l'assuré et ses parents avaient été informés en 2008 qu'un traitement orthodontique était nécessaire, que ces derniers ne s'étaient pas montrés intéressés ni coopératifs de sorte qu'on pouvait en déduire que la malposition dentaire n'était pas gravement handicapante. Elle a considéré que ni le Dr M.\_\_\_\_\_, ni le Dr I.\_\_\_\_\_, ni le Prof. Z.\_\_\_\_\_ n'avaient attesté de la nécessité du traitement après la vingtième année et que selon les Drs J.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, aucune valeur de maladie qualifiée justifiant un traitement après l'âge de 20 ans n'était apportée par les

pièces du dossier, le Dr V.\_\_\_\_\_ exposant à cet égard que les dents latérales présentaient un appui suffisant en occlusion, ce qui devait permettre une fonction masticatoire pratiquement normale. Une maladie du système de la mastication n'avait en outre pas été prouvée.

**B.** Par acte de son mandataire du 11 janvier 2018, Y.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la prise en charge des coûts du traitement d'orthodontie et de chirurgie maxillo-faciale. Il a fait valoir que l'intimée avait interprété un commentaire manuscrit pratiquement illisible pour retenir que lui et ses parents ne s'étaient pas montrés intéressés ni coopératifs et en conclure que la malposition dentaire n'était pas gravement handicapante. Il a relevé que les médecins s'étaient prononcés sur la nécessité de procéder aux traitements envisagés et qu'il appartenait à l'intimée de prouver que le traitement n'était pas possible plus tôt pour des raisons médicales.

Dans sa réponse du 12 avril 2018, Q.\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant et ses parents avaient été informés de la nécessité d'un traitement orthodontique avant ses 20 ans tant par le médecin-dentiste scolaire que par le Dr H.\_\_\_\_\_, et a maintenu ses arguments.

Par réplique du 8 juin 2018, le recourant a invoqué que rien ne prouvait que l'avis du médecin scolaire sur lequel était mentionné le besoin d'une consultation d'un spécialiste d'orthodontie ait été communiqué à ses parents et que si cette information lui avait été transmise, il n'était pas établi qu'il en ait compris les tenants et aboutissants, n'étant alors âgé que de quinze ans. La notice téléphonique au dossier ne permettait pas non plus d'établir que le Dr H.\_\_\_\_\_ l'ait informé, de même que ses parents, de la nécessité d'un traitement orthodontique. Le Dr I.\_\_\_\_\_ attestait des douleurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires dues à la malocclusion dentaire, le fait qu'aucune imagerie n'ait été produite ne permettait pas de conclure à l'absence d'affection au sens de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS et les données

scientifiques invoquées par l'intimée n'avaient soit pas été produites, soit seulement en langue anglaise.

Avec sa duplique du 29 août 2018, Q.\_\_\_\_\_ a produit l'expertise réalisée par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, citée par le Dr V.\_\_\_\_\_, sur la base de laquelle elle estimait qu'une correction de l'occlusion dentaire n'était pas une mesure - fondée sur des données factuelles - appropriée pour traiter une luxation méniscale ou des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. Elle a également versé en cause une autre étude en anglais sur la question, relevant que toutes les études scientifiques internationales étaient en anglais. L'intimée a par ailleurs sollicité l'audition des Drs H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, celle du dentiste scolaire S.\_\_\_\_\_, ainsi que la production de l'entier de leur dossier médical relatif au recourant.

A la demande de la juge instructrice, Q.\_\_\_\_\_ a transmis par courrier du 25 octobre 2018 la traduction française des pièces qu'elle avait produites en langue anglaise.

Dans ses déterminations du 5 décembre 2018, le recourant a maintenu son argumentation et relevé que le Dr A.\_\_\_\_\_ ne se fondait que sur une seule littérature scientifique ancienne datant de 2004. Il a en outre estimé que le traitement de la dent surnuméraire devait être pris en charge en vertu de l'art. 17 let. a OPAS.

L'intimée a maintenu sa position dans sa détermination du 19 décembre 2018.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de prise en charge par Q. \_\_\_\_\_ des coûts du traitement d'orthodontie et de chirurgie maxillaire combiné du recourant ainsi que les frais hospitaliers y relatifs.

**3. a)** Aux termes de 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 (a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (b) ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (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, qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal) ; il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les

traitements médicaux dans certaines hypothèses prédéfinies (art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin, l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. 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 130 V 464 consid. 2.3 et les références citées ; 127 V 391 consid. 1).

**b)** Sous le titre « Maladies du système de la mastication », l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion en cas de luxation du condyle et du disque articulaire à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie, le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige.

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 celle qui s'applique de manière générale dans l'assurance-maladie sociale, selon l'art. 2 al. 1 LAMal. En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires ; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 129 V 275 consid. 4.2 ; 127 V 328 consid. 5a et 5b ; TF K 146/05 du 29 décembre 2006 consid. 2.2).

**c)** 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) ou lorsque 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 lorsqu'en raison de son importance minimale, 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 et la référence citée).

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 ; 130 V 459 consid. 3 ; TF 9C\_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 2.3 et les références citées).

En outre, selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à 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 (ATF 129 V 80 consid. 6 ; TF 9C\_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 2.2). Il y a dès lors lieu d'examiner à chaque fois si l'infirmité congénitale en question constitue une maladie grave du système de la mastication selon l'art. 31 al. 1 let. a LAMal ou une autre maladie grave au sens de l'art. 31 al. 1 let. b et c LAMal (TF 9C\_574/2015 du 14 avril 2016 consid. 2.2 et références citées).

**d)** L'art. 32 al. 1 LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 145 V 116 consid. 3.2.1 ; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 145 V 116 consid. 3.2.2 ; 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3 ; 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 127 V 138 consid. 5).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5. a)** Le recourant fait notamment valoir qu'il présente une infirmité congénitale qui rend le traitement combiné d'orthodontie et de chirurgie maxillaire nécessaire.

Les médecins, de même que l'intimée reconnaissent que le recourant remplit les conditions des infirmités congénitales des chiffres 207 et 209 OIC, respectivement des ch. 19 et 21 de l'art. 19a al. 2 OPAS, en raison des valeurs des angles mandibulaires qu'il présente et de l'existence d'une dent surnuméraire provoquant une déviation qui nécessite un traitement au moyen d'appareils (rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ des 6 novembre 2013 et 2 avril 2014, rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 3 mars 2014, courrier de Q. \_\_\_\_\_ du 2 mai 2014).

Le Dr J.\_\_\_\_\_ reconnaît que la position dentaire du recourant n'est pas optimale, mais précise qu'il faut encore que l'affection puisse être qualifiée de maladie, reprochant au Dr M.\_\_\_\_\_ de ne pas se prononcer à ce sujet (prise de position du 2 novembre 2014). Ce reproche n'apparaît toutefois pas justifié eu égard au contexte législatif et aux infirmités congénitales présentes. Comme mentionné plus haut, pour qu'une infirmité congénitale puisse être prise en charge par l'assureur maladie, elle doit pouvoir être assimilée à une maladie grave du système de la mastication ou à une autre maladie grave au sens de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 129 V 80 consid. 6). Si le Tribunal fédéral a indiqué qu'on ne pouvait sans autre partir du principe que l'ensemble des infirmités congénitales listées à l'art. 19a OPAS constituaient en tant que telles des maladies graves du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 LAMal, il a cependant précisé que parmi celles qui se rapportaient au visage, certaines affectaient incontestablement le système de mastication, de sorte que si cela se produisait de manière grave, les traitements dentaires pouvaient être pris en charge sur la base de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal (ATF 129 V 80 consid. 5.4). A cet égard, il faut constater que le mordex clausus fait non seulement partie des infirmités congénitales liées au visage, mais encore qu'il n'est reconnu comme infirmité congénitale au sens de la loi qu'en présence de valeurs angulaires précises et déjà restrictives en soi. Il se justifie par conséquent de retenir que lorsque les critères objectifs prévus à l'art. 19a al. 2 ch. 21 OPAS sont remplis, il existe une présomption de maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ considère que les critères pour la valeur de maladie qualifiée ne sont pas remplis en l'occurrence au motif que l'occlusion latérale est suffisamment appuyée, ce qui devrait assurer une fonction masticatoire quasi normale. Ce médecin n'a toutefois jamais examiné lui-même le recourant et se base notamment sur une étude, et non sur la situation même de l'intéressé, de sorte que son appréciation ne permet pas de renverser la présomption précitée, à savoir d'expliquer pour quelles raisons le recourant ne souffrirait pas d'une maladie grave du système de la mastication bien qu'il présente des valeurs angulaires

menant à la reconnaissance d'un mordex clausus congénital au sens de l'OPAS. L'avis du Dr V. \_\_\_\_\_ apparaît d'autant moins convaincant que tant le Dr I. \_\_\_\_\_ que le Dr Z. \_\_\_\_\_ indiquent que la malocclusion du recourant entraîne des problèmes de mastication ainsi que des douleurs importantes (rapports des 12 octobre 2015 et 15 juin 2016). Au vu de l'issue du présent litige, il n'est toutefois pas nécessaire de trancher ici cette question de manière définitive. Dans le cadre de l'expertise à mettre en place, il appartiendra à l'expert, le cas échéant, d'indiquer pour quelles raisons il considérerait que le mordex clausus congénital dont souffre le recourant ne peut pas être assimilé à une maladie grave du système de la mastication.

Le recourant présente en outre une dent surnuméraire, qui participe à la déviation dentaire et constitue également une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 19 OPAS. Les documents médicaux au dossier n'indiquent pas clairement si cette infirmité, respectivement la déviation qu'elle provoque, constitue une maladie grave au sens de l'art. 31 al. 1 LAMal. L'expert est également invité à se déterminer sur la gravité de cette pathologie, y compris en lien avec le mordex clausus congénital présenté par le recourant, auquel elle s'ajoute.

S'agissant de la nécessité d'un traitement après les vingt ans de l'assuré, Q. \_\_\_\_\_ a retenu que celui-ci et ses parents avaient été informés en 2008 qu'un traitement orthodontique était nécessaire, mais que ces derniers ne s'étaient pas montrés intéressés ni coopératifs de sorte qu'on pouvait en déduire que la malposition dentaire n'était pas gravement handicapante. Elle a par ailleurs relevé qu'aucun des médecins consultés n'expliquait pourquoi un traitement était nécessaire après les vingt ans du recourant. De son côté, ce dernier fait valoir qu'aucune pièce au dossier ne permet d'affirmer qu'il a été informé, de même que ses parents, de la nécessité d'un traitement orthodontique avant d'avoir atteint l'âge de vingt ans. Il précise en outre que ses médecins considèrent le traitement envisagé comme nécessaire.

Il n'est en effet pas possible, sur la base des pièces au dossier, d'établir si les parents du recourant ainsi que le recourant lui-même ont été informés de la nécessité d'un traitement orthodontique avant que le recourant n'ait atteint l'âge de vingt ans. Les informations données par écrit par le Dr H.\_\_\_\_\_ sont difficilement lisibles et il n'est pas clair, sur la base de ses déclarations orales retranscrites d'abord en allemand puis en français, de savoir si une véritable information avec explications a été donnée. La seule existence du document rempli par la dentiste scolaire n'apparaît pas suffisante dans ce contexte. L'intimée le reconnaît d'ailleurs implicitement dans la mesure où elle sollicite, dans sa duplique, l'audition des Drs H.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ainsi que la production des dossiers qu'ils ont au sujet du recourant. Il y a par conséquent lieu de mieux instruire cette question et de déterminer si le recourant et ses parents ont été informés de la nécessité d'un tel traitement et, le cas échéant, pour quelles raisons ils n'y ont pas donné suite. On peut par ailleurs relever que le Dr J.\_\_\_\_\_ a, à deux reprises, estimé utile de savoir pourquoi le recourant avait été orienté chez un orthodontiste par sa psychiatre (prises de position des 2 novembre 2014 et 12 janvier 2016), question qui n'a pas été instruite par Q.\_\_\_\_\_.

Les pièces médicales au dossier ne renseignent par ailleurs pas suffisamment sur l'indication médicale à procéder au traitement dentaire après les vingt ans de l'assuré. On ignore notamment si l'infirmité présentée par le recourant a pu évoluer dans le temps et justifierait désormais une prise en charge par l'assureur maladie. Seul le Dr J.\_\_\_\_\_ se prononce à ce sujet, sans toutefois être affirmatif, en retenant qu'il n'y a pas de raison de penser que les valeurs angulaires céphalométriques se sont fortement modifiées depuis 2008 (prise de position du 2 novembre 2014). De même, dans l'hypothèse où ces valeurs seraient demeurées les mêmes depuis l'adolescence, on ignore si leurs conséquences ont pu s'aggraver au fil du temps. Il faut à cet égard relever que plusieurs médecins ont mentionné que la malocclusion entraînait des douleurs intenses quasi constantes et empêchait le recourant de manger des aliments durs (cf. notamment rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2016). Il est difficilement envisageable d'admettre qu'une telle situation existe

depuis l'adolescence sans qu'aucun traitement n'ait été effectué pour soulager le recourant.

Selon l'Atlas des maladies avec effet sur le système de la mastication, édité par la Société Suisse d'Odontostomatologie (édition Berne 2001 avec les mises à jour, pp. 169 et 173), le mordex clausus congénital fait partie des affections pour lesquelles il est assez fréquent qu'un traitement doive intervenir après la vingtième année, par exemple lorsque l'intervention de chirurgie maxillo-faciale n'est indiquée qu'après la fin de la croissance des maxillaires durant la puberté et que cette correction chirurgicale préalable représente la base des mesures orthodontiques ultérieures. Force est de constater qu'aucun des médecins ne se prononce sur cette question dans le cas présent et qu'un complément d'instruction s'impose sur ce point également.

**b)** Le recourant estime en outre que le traitement sollicité peut être pris en charge sous l'angle de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS, au motif qu'il présente une luxation méniscale antérieure avec dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires bilatérales.

Q.\_\_\_\_\_ a nié l'existence d'une telle affection, au motif que ce diagnostic ne peut être étayé que par une imagerie adéquate par IRM des articulations temporo-mandibulaires. L'intimée ne pouvait toutefois se dispenser de procéder aux mesures d'instruction nécessaires pour confirmer ou infirmer ce diagnostic, lequel avait été avancé de manière plausible par le Dr I.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 12 octobre 2015.

De même, Q.\_\_\_\_\_ ne pouvait renoncer à effectuer ces mesures d'instruction en invoquant qu'une correction de l'occlusion dentaire n'était de toute manière pas propre à soigner une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire. D'une part, il lui appartient, si le diagnostic est posé, de prendre en charge les frais de traitement de l'articulation temporo-mandibulaire, comme le mentionne d'ailleurs expressément le Dr V.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 25 février 2016. D'autre part, le Dr V.\_\_\_\_\_ se réfère à l'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_

pour affirmer qu'une correction de l'occlusion dentaire n'est pas une mesure fondée sur des données factuelles et appropriée pour traiter une luxation méniscale ou des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, mais il faut constater que le passage en question se réfère à un traitement par gouttière alors qu'en l'espèce, les médecins traitants du recourant estiment nécessaire de procéder à un traitement orthodontique ainsi qu'à une chirurgie maxillo-faciale. De plus, on ne saurait considérer comme suffisants des avis médicaux sans examen du cas concret du recourant.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa).

**7. a)** Le recours est par conséquent admis et la cause renvoyée à Q.\_\_\_\_\_ pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. L'intimée est invitée à mettre en œuvre une expertise et à procéder à toutes les mesures qu'elle estime utiles, puis à rendre une nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition du 27 novembre 2017 est annulée, la cause étant renvoyée à Q.\_\_\_\_\_ pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de procédure.
- IV.** Q.\_\_\_\_\_ versera une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens à Y.\_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marc-Aurèle Vollenweider (pour le recourant),
- Q. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :