

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2021

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Albert Graf, avocat à Nyon,

et

A._____, à [...], intimée.

**Art. 31 al. 1 et 33 al. 2 et 5 LAMal ; art. 33 let. d OAMal ; art. 17
OPAS**

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], est affilié depuis le 1^{er} janvier 2017 auprès d'A._____ SA (ci-après : A._____ ou l'intimée) pour l'assurance-obligatoire des soins.

Le 8 janvier 2020, le Dr X._____, médecin-dentiste, a adressé à A._____ un document intitulé « *Lésions dentaires selon la Lamal [Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] Résultat d'examen/devis* », précisant que l'assuré présentait un granulome dentaire interne idiopathique. Comme mesures immédiates, il a préconisé des radiographies et comme propositions pour le traitement définitif l'extraction et la pose d'un implant sur la dent n° 31. Etait annexée à ce document une estimation d'honoraires du 8 janvier 2020 d'un montant de 6'149 fr. 60.

Par préavis du 9 mars 2020, le Dr B._____, médecin-dentiste-conseil d'A._____, a posé le diagnostic de « granulome, résorption externe » et estimé que les radiographies montraient la présence d'un granulome externe et non interne ne remplissant pas les conditions légales de prises en charge.

Par courrier du 10 mars 2020, A._____ a informé le Dr X._____ qu'elle refusait la prise en charge du traitement envisagé pour l'assuré, car le granulome externe ne remplissait pas les conditions légales de prise en charge par l'assurance-obligatoire des soins.

Par courrier du 16 avril 2020, le Dr X._____ s'est adressé à A._____ en ces termes (sic) :

« Je me réfère à votre lettre du 10 mars dernier.

Je vous remercie d'avoir confirmé le diagnostic de granulome dentaire sur 41-31.

En vous demandant de réexaminer la radiographie, il me semble qu'on ne peut retenir que le granulome interne car par définition même aucune conditions ne s'appliquent au granulome externe.

En effet, on y voit sur la radio une lésion central se propageant vers l'extérieur de plus ces lésions étant supra osseuses il n'y a aucune justification à ce diagnostic ».

Le 18 mai 2020, le Dr B. _____ a pris position comme suit :

« Le Dr X. _____ soumet ce cas pour prise en charge comme granulome interne idiopathique des dents 31 et 41, article opas 17 a 1.

Le granulome interne est une affection rarissime et l'apparition simultanée de deux dents adjacentes serait exceptionnelle.

Sur la radiographie on voit une localisation au niveau cervical, une communication avec la parodonte ainsi qu'une fine limite radio opaque qui dessine le contour de la pulpe et correspondant à la pré dentine.

Par ces éléments je conclus qu'il s'agit de **résorptions cervicales invasives.**

Cette lésion a été décrite dans plusieurs articles de la littérature scientifique (p.ex Heithersay 2004 Invasive cervical résorption).

Une prise en charge par l'article 17 a 1 ne devrait donc pas se faire ».

Cette prise de position a été communiquée par A. _____ au Dr X. _____ par courrier du 30 juin 2020.

Par courriers des 3 et 28 août 2020, l'assuré s'est « opposé » aux « décisions » des 10 mars et 30 juin 2020.

Par décision du 4 septembre 2020, A. _____ a considéré que le traitement envisagé n'était pas à charge de l'assurance obligatoire des soins, faute de remplir les conditions de l'art. 17 let. a ch. 1 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 du DFI [Département fédéral de l'intérieur] sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31).

Le 24 septembre 2020, l'assuré, représenté par Me Albert Graf, s'est opposé à la décision précitée. Il a allégué en particulier que le premier avis du médecin-conseil reconnaissait l'existence d'un granulome et que le revirement ultérieur était infondé et contraire à la bonne foi. Il a

sollicité la production de l'ensemble des rapports établis par le médecin-conseil le concernant, ainsi l'intégralité de la correspondance entre ce dernier et A._____.

Le 7 octobre 2020, A._____ a transmis au conseil de l'assuré une copie du dossier de ce dernier, ainsi que les éléments en possession de son médecin-dentiste-conseil. Elle lui a imparti un délai au 7 novembre 2020 pour compléter son opposition.

Le 18 novembre 2020, A._____ a réceptionné un courrier non daté du DrX._____, transmis par Me Graf, dont la teneur est la suivante (sic) :

« En référence aux deux courriers échangés concernant le diagnostic émis par votre médecin dentiste conseil, dont le diagnostic est une résorption cervicale invasive.

Je conteste formellement ce diagnostic et maintiens qu'il s'agit bien d'un granulome dentaire interne idiopathique.

L'argument selon lequel un granulome interne touchant deux dents adjacentes est exceptionnel n'est pas défendable car bien que rare ce granulome touche souvent les dents de manière symétrique, ce qui est absolument le cas chez mon patient.

Concernant la radiographie sur laquelle se base le diagnostic, la localisation est certes cervicale mais on y voit pas de communication avec le parodonte il est d'autant plus net sur la dent n° 31 dont la lésion est clairement centrifuge.

Quand à la pré dentine visible sur la radio et dont la présence prouverait qu'il s'agit bien d'une résorption externe se dirigeant vers la pulpe de la dent.

Selon sa définition, la pré dentine mesure entre 10 et 50 micromètres, il est impossible de la voir sur une radiographie, elle n'est visible qu'au microscope.

Au vu de ce qui précède, je vous demande de réviser votre décision et prendre en charge les coûts engendrés pour votre assuré ».

Par courrier du 7 décembre 2020, le Dr B._____ a maintenu sa position, soulignant que seul un granulome interne idiopathique tombait sous le coup de l'art. 17 let. a chiffre 1 OPAS. A cet égard, il a précisé que le terme de granulome ou tissu de granulation correspondait à un tissu inflammatoire infiltré de cellules du système immunitaire, qu'il existait différents types de granulomes en relation avec les dents, que la

raison pour laquelle il avait utilisé le terme de granulome dans un avis précédent était qu'il y avait du tissu de granulation présent au sein d'une résorption cervicale externe, mais qu'il s'agissait d'une pathologie différente du granulome interne idiopathique.

Par décision sur opposition du 13 janvier 2021, A._____, par l'entremise de son service juridique, a confirmé sa décision du 4 septembre 2020, au motif que les soins dentaires préconisés par le Dr X._____, pour un montant de 6'149 fr. 60, ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins conformément à l'art. 17 let. a chiffre 1 OPAS.

Par courrier du 8 février 2021, le Dr X._____ a maintenu sa position concernant le diagnostic de granulome dentaire interne et contesté celui de résorption cervicale. Selon ce praticien, la découverte fortuite lors d'un simple contrôle, le manque de symptômes, la forme de la lésion et l'image radiographique faisaient de ce cas un exemple parfait de granulome dentaire interne.

Dans une correspondance du 5 mars 2021, le Dr B._____ a confirmé sa position diagnostique en faveur d'une résorption cervicale externe.

B. Par acte du 10 février 2021 (date du timbre postal), V._____, représenté par Me Albert Graf, a recouru contre la décision sur opposition du 13 janvier 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la prise en charge des frais de traitement à hauteur de 6'149 fr. 60 avec intérêts à 5 % dès le 3 août 2020. En substance, il considère que le revirement opéré par A._____ est contraire au principe de la bonne foi.

Dans sa réponse du 17 mars 2021, l'intimée a confirmé sa décision sur opposition du 13 janvier 2021 et proposé le rejet du recours.

Par réplique du 5 mai 2021 (date du timbre postal), le recourant a modifié ses conclusions, en ce sens que tous les préavis donnés par le Dr B. _____ soient écartés et qu'il soit ordonné la mise en œuvre d'une expertise par un « dentiste neutre reconnu ». Il a en outre indiqué n'avoir jamais été examiné ni avant ni après le traitement par le Dr B. _____ et qu'aucune analyse complémentaire n'avait été demandée.

Dans une duplique du 26 mai 2021, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a fait valoir que le Dr B. _____ s'était prononcé à quatre reprises sur le cas, dont trois rapports médicaux motivés dont la valeur probante doit être admise, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise.

Dans ses déterminations du 8 juin 2021, le recourant a implicitement confirmé sa position.

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 X. _____ du 8 janvier 2020.

3. 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.

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 DFI 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 (au sens de l'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 aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (au sens de l'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 selon les art. 17 à 19a OPAS est

exhaustive (ATF 130 V 464 consid. 2.3 et les arrêts cités ; TF 9C_364/2017 du 4 août 2017 consid. 4 et 9C_316/2013 du 25 février 2014 consid. 3).

b) Sous le titre « *Maladies du système de la mastication* », l'art. 17 let. a et b 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, al. 1, let. a LAMal) :

- a. maladies dentaires :
 - 1. granulome dentaire interne idiopathique,
 - 2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple : abcès, kyste) ;
- b. maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) :
 - 1. parodontite pré pubertaire,
 - 2. parodontite juvénile progressive,
 - 3. effets secondaires irréversibles de médicaments ; »

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.3.3).

b) La procédure est par ailleurs régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, respectivement l'administration. Ce principe n'est toutefois pas absolu ; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2), lequel comprend en particulier l'obligation pour les parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_94/2016 du 30 janvier 2017 consid. 6.1 et 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, le recourant requiert la prise en charge des frais induits par le traitement au niveau de sa dent 31, arguant que ceux-ci résultent d'un granulome dentaire interne idiopathique, comme en atteste son dentiste traitant, le Dr X._____.

Pour sa part, se fondant sur les appréciations de son médecin-dentiste conseil le Dr B._____, l'intimée considère que le recourant souffre d'une résorption cervicale externe, dont la prise en charge ne lui incombe pas.

b) Il ressort en effet des différents rapports médicaux produits que le Dr X._____ soutient depuis son premier rapport du 8 janvier 2020 que son patient souffre d'un granulome dentaire interne idiopathique. Il a confirmé ce diagnostic, qui fait suite à un examen clinique de l'assuré, dans son rapport du 16 avril 2020, celui non daté transmis à l'intimée le 18 novembre 2020, ainsi que dans son rapport du 8 février 2021. Le Dr B._____ a pour sa part d'abord posé le diagnostic de « granulome, résorption externe » dans son préavis du 9 mars 2020, avant de conclure, dans son rapport du 18 mai 2020, qu'il s'agissait de résorptions cervicales invasives, diagnostic qu'il a ensuite confirmé dans ses courriers des 7 décembre 2020 et 5 mars 2021.

S'il convient de constater que le Dr B. _____ a expliqué les raisons pour lesquelles il avait dans un premier temps utilisé le terme de « granulome » et souligné qu'il s'agissait toutefois d'une pathologie différente du granulome interne idiopathique (cf. avis du 7 décembre 2020), il n'en demeure pas moins que les deux médecins ayant pris position sur le dossier du recourant ont des considérations contradictoires s'agissant du diagnostic touchant la dent n° 31.

En l'état du dossier, les explications fournies par le médecin-dentiste conseil, ainsi que le contenu de ses rapports, ne permettent pas de conclure qu'il est plus probable que le recourant ait présenté une résorption cervicale externe qu'un granulome interne. A cela s'ajoute que le Dr B. _____ n'a pas - contrairement au Dr X. _____ - examiné le recourant, ni procédé à des examens radiographiques complémentaires, se prononçant uniquement sur la base de l'imagerie au dossier dont il n'est pas certain qu'elle fournisse un niveau de précision suffisant pour poser le diagnostic dans le présent cas.

c) Au vu de ce qui précède, singulièrement des conclusions divergentes du médecin-dentiste traitant et du médecin-dentiste conseil, il n'est en l'état pas possible de retenir un diagnostic fiable, au degré de la vraisemblance prépondérant requis.

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).

Il appartiendra en particulier à l'intimée de mettre en œuvre une expertise, auprès d'un médecin-dentiste neutre et indépendant, afin de clarifier l'atteinte à la santé présentée par le recourant au niveau de la dent n° 31. Il incombera en particulier à l'expert de déterminer si le recourant a présenté un granulome dentaire interne idiopathique et, le cas échéant, si cette affection était évitable et si le traitement proposé par le Dr X. _____ répond aux principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 13 janvier 2021 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 13 janvier 2021 par A._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. A._____ SA versera à V._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Albert J. Graf (pour V._____),
- A._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :