

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique

Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

Q._____, à [...], intimée,

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

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] juillet 1983, est assurée auprès de Q._____ (ci-après : Q._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.

Par courrier du 30 décembre 2018, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, a adressé à Q._____ un rapport de lésions dentaires pour le traitement de l'arthrose des articulations temporo-mandibulaires (ci-après : ATM) de l'assurée conformément à l'art. 17 let. d ch. 1 OPAS, en précisant que les mesures immédiates consistaient en des mesures à but diagnostique et résultats (radiographies, tests de vitalité, mobilité des dents voisines et antagonistes), un examen radiologique, des mesures thérapeutiques et un examen clinique révélant une béance maxillo-mandibulaire et crépitation de l'ATM. Les propositions pour le traitement définitif étaient de la physiothérapie, une gouttière de libération occlusale (prise en charge par la patiente), une arthroscopie ATM, la correction de la béance dans un deuxième temps par un traitement combiné d'orthodontie et de chirurgie maxillo-faciale, une demande devant être adressée une fois la première partie du traitement effectuée.

Ce rapport était accompagné d'un devis daté du 12 décembre 2018 chiffrant à 449 fr. 50 les prestations suivantes : anamnèse, information patiente, formulaire LAA/AM/LAMal, palpation et auscultation (ATM), examen de la musculature, test de provocation, test de résilience, instruction et exercice de physiothérapie.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) des ATM réalisée le 30 octobre 2018 complétait la demande de garantie de paiement. Sous l'angle de l'ATM droite, l'imagerie coronale montrait un condyle mandibulaire avec une morphologie préservée. L'imagerie sagittale bouche fermée montrait une luxation antérieure complète du ménisque ; à l'ouverture, apparaissait une excursion antérieure du

condyle mandibulaire sur l'éminence articulaire encore plus ou moins préservée, ainsi qu'une luxation complète méniscale persistante. Sur le plan de l'ATM gauche, l'imagerie coronale montrait d'importantes altérations dégénératives du condyle mandibulaire avec un remodelage de la fossette condylienne en regard. L'imagerie sagittale bouche fermée révélait une luxation antérieure complète du ménisque ; on retrouvait les très importantes altérations dégénératives avec remodelage du condyle mandibulaire et de la fossette condylienne ; à l'ouverture buccale, apparaissait une excursion antérieure clairement moins marquée du condyle mandibulaire sur l'éminence articulaire avec une luxation méniscale antérieure persistante. Le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, a noté en outre des ganglions turgescents/adénopathies latéro-cervicales bilatérales.

Le 25 janvier 2019, Q._____ a répondu au Dr L._____ qu'elle avait bien reçu les documents relatifs à un traitement du système de mastication conformément à l'art. 17 let. d ch. 1 OPAS et qu'elle lui rembourserait les coûts occasionnés par le traitement concerné selon le tarif appliqué dans l'assurance-maladie.

Par courrier du 5 mars 2019, la Dre F._____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, a indiqué à Q._____ qu'elle avait reçu l'assurée pour un deuxième devis. Elle a précisé que l'IRM montrait des signes de dégénérescence du condyle gauche et une luxation méniscale irréductible. L'intéressée souffrait d'une incompetence labiale et d'une importante béance dentaire antérieure qui s'aggravait, selon la patiente, et devenait de plus en plus invalidante sur le plan fonctionnel. L'examen montrait donc une classe II squelettique et dentaire avec une importante béance dentaire de 5 mm avec contacts uniques sur les dents /7/. L'assurée présentait également une latérodéviation du milieu inter-incisif inférieur dévié de 2 mm à gauche par rapport au milieu inter-incisif supérieur. L'axe des incisives supérieures était incliné dans le plan frontal. Le sens transversal maxillaire était légèrement augmenté avec encombrement inférieur très important au niveau des prémolaires. La déglutition était très atypique avec langue basse permanente et une

interposition linguale latérale gauche. Elle présentait aussi une incompetence labiale et protrusion linguale avec appui latéral gauche. Le traitement prévu était la rééducation de la déglutition et du positionnement lingual par un physiothérapeute spécialisé, l'alignement et la coordination des arcades (réalisé par un orthodontiste), une chirurgie bimaxillaire pour fermeture de la béance et le recentrage des milieux. La Dre F._____ a indiqué que l'intervention serait facturée selon la nomenclature SSO, selon les accords passés entre l'Office fédéral de la Santé Suisse et la Société Suisse de Chirurgie Maxillo-faciale. Elle a ajouté qu'une imagerie par scanner à faisceau conique serait absolument nécessaire pour l'évaluation précise des risques opératoires et des rapports anatomiques entre les traits d'ostéotomie et les structures nobles. Elle a joint à sa demande de garantie de paiement le dossier radiologique de base, les moulages initiaux ainsi que le bilan photographique de départ, en précisant que le bilan orthodontique serait envoyé ultérieurement lorsque le Dr M._____, spécialiste en orthodontie, aurait examiné la patiente.

Le 21 mars 2019, Q._____ a répondu à cette médecin qu'elle avait bien reçu les documents relatifs à un traitement du système de mastication conformément à l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS et qu'elle lui rembourserait les coûts occasionnés par le traitement concerné selon le tarif appliqué dans l'assurance-maladie.

Le 10 avril 2019, la Dre F._____ a présenté sa note d'honoraires de 393 fr. 70 en vue de son remboursement. Elle y facturait les prestations suivantes : photographie extra- ou intraorale, diagnostic nouveau patient, première analyse/consultation, anamnèse d'orthopédie dento-faciale, analyse fonctionnelle et rapport détaillé diagnostic/traitement.

Le 17 avril 2019, Groupe Médico-Dentaire S._____ SA, à [...], a adressé à Q._____ deux estimations d'honoraires, l'une de 10'269 fr. 50, soit 7'269 fr. 50 pour les honoraires et 3'000 fr. de frais de laboratoire, et l'autre de 9'584 fr. 60, soit 8'884 fr. 60 d'honoraires et 700 fr. de frais

de laboratoire, comprenant toutes deux le détail du traitement prévu. Le devis le meilleur marché prévoyait le traitement suivant :

- Orthopantomographie
- Téléradiographie/radiogr. crânienne
- Relevé téléradiogr./appréciation AI
- Analyse de la place
- Photographie extra- ou intraorale
- Empreinte par le médecin-dentiste
- Entretien avec patient et parents
- Conception appareil amovible/fixe
- Ajustage et scellement d'une bague
- Appareil pour expansion forcée
- Contrôle d'orthopédie dento-faciale
- Enlèvement d'une bague/élément aux.
- Collage d'un bracket/élément aux.
- Retouches à la meulette, dent/slice
- Arc rond préfabriqué
- Arc à section rectangulaire préfab.
- Arc à section rectang. et courbures
- Pose et dépose d'arcs existants
- Enlèvement d'une bague/élément aux.
- Élément de rétention collé, direct
- Fixation adhésive / point de col.
- Séance de contrôle ordinaire
- Orthopantomographie
- Première analyse/consultation.

Le détail du devis le plus onéreux faisait état de ce qui suit :

- Orthopantomographie
- Téléradiographie/radiogr. crânienne
- Relevé téléradiogr./appréciation AI
- Analyse de la place
- Photographie extra- ou intraorale
- Empreinte par le médecin-dentiste
- Entretien avec patient et parents
- Conception appareil amovible/fixe
- Collage d'un bracket/élément aux.
- Arc rond préfabriqué
- Arc à section rectang. et courbures
- Pose et dépose d'arcs existants
- Enlèvement d'une bague/élément aux.
- Élément de rétention collé, direct
- Fixation adhésive / point de col.
- Séance de contrôle ordinaire
- Orthopantomographie.

Par courrier du 19 juillet 2019, Q._____ a écrit au Dr [...] du Groupe Médico Dentaire [...], devenu le Groupe Médico-Dentaire S._____ SA depuis le mois de janvier 2019, qu'elle avait bien reçu en date du 23

avril 2019 ses documents relatifs au traitement dentaire de l'assurée et a noté que ce médecin n'avait pas reçu sa lettre de refus du 25 avril 2019, ce dont elle s'excusait. Elle a indiqué qu'elle prenait position comme suit :

« S'agissant des traitements dentaires, l'assurance de base prévoit une couverture d'assurance pour les prestations liées à une maladie ou à un accident. Conformément aux dispositions contractuelles, le dentiste doit donner des indications à l'assurance-maladie sur le diagnostic et les soins prévus avant de commencer les soins ou d'en donner de nouveaux, et ce au moyen d'un formulaire de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO). Il doit également demander une garantie de paiement avant le traitement.

Dans le cas présent, il n'existe aucune obligation d'allouer des prestations de l'assurance de base. Les estimations de coûts présentées pour les mesures orthodontiques ne sont pas liées à la luxation du disque articulaire. Les indemnités pour prestations supplémentaires ne sont pas autorisées dans l'assurance de base.

Aussi sommes-nous contraints de refuser entièrement la prise en charge des coûts. [...] »

Par courrier du 21 octobre 2019, l'assurée s'est opposée au refus de Q._____ du 19 juillet 2019 concernant la demande du « Dr M._____ (Cabinet pluridisciplinaire [...]) » et a sollicité une décision formelle.

Par décision du 12 novembre 2019, Q._____ a refusé totalement la prise en charge des coûts, aucune prestation de l'assurance-maladie obligatoire n'étant prévue pour la correction de la position des dents demandée à l'aide d'appareils fixes à la mâchoire supérieure et inférieure selon le devis d'un montant de 19'854 fr. 10. Elle a retenu qu'une telle correction ne pouvait pas être considérée comme un traitement de suivi des prestations garanties par l'art. 17 let. d ch. 1 à 3 OPAS.

Par courrier du 5 décembre 2019, la Dre F._____ s'est opposée à cette décision, en apportant les précisions suivantes :

« Il semble que votre décision formelle n'ait pas tenu compte de la pathologie squelettique dont souffre Mme K._____ (Mordex apertus) ainsi que de l'important trouble fonctionnel avec incompetence labiale, déglutition atypique provoquées par cette malocclusion sévère avec contacts dentaires uniquement limités sur les secteurs molaires postérieurs. La béance dentaire et la

potentielle résorption condylienne qui s'en suit, ne peut être corrigée que chirurgicalement afin de rétablir une fonction dentaire occlusale correcte et stable et ne pas péjorer la béance antérieure par résorption complète de la tête des condyles articulaires temporo-mandibulaires.

La patiente étant tombée enceinte au moment de l'établissement du bilan ortho-chirurgical, il ne nous a pas été possible de le compléter par des images radiologiques, mais si vous voulez bien convoquer la patiente à votre consultation, vous pourrez constater cliniquement par vous-même la pathologie signalée, qui entre à mon sens tout à fait dans le cadre d'une prise en charge par l'AOS, puisque vous avez-vous-même accepté la prise en charge du traitement que je vous ai proposé dans mon courrier du 5.3.2019 (soit : la rééducation de la déglutition et du positionnement lingual par physiothérapeute spécialisé, l'alignement et coordination des arcades (réalisé par un orthodontiste) et la chirurgie bimaxillaire pour fermeture de la béance et le recentrage des milieux) qui est en annexe.

Ainsi, pour le rétablissement des rapports corrects inter arcade et une opération de chirurgie orthognatique, il est indispensable de prévoir un alignement et une coordination des arcades par un traitement orthodontique conjoint, qui fait partie intégrante de ce traitement.

Je vous prie donc de bien vouloir confirmer également la prise en charge du traitement orthodontique, que vous aviez déjà accepté dans votre réponse à mon précédent courrier. »

Par décision sur opposition du 8 avril 2021, Q._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 novembre 2019. Elle a retenu en substance que, même s'il fallait considérer que l'importance de la béance dentaire dans le cas de l'assurée remplissait les conditions d'une infirmité congénitale, cela ne signifiait pas pour autant que les coûts du traitement sur lequel portait le litige étaient à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle a constaté qu'au moment de la demande de garantie de paiement du 17 avril 2019, l'assurée était déjà âgée de 35 ans et que, même si l'art. 19 al. 1 let. a OPAS n'excluait pas automatiquement l'obligation de fournir des prestations au titre de l'assurance obligatoire des soins après la 20^{ème} année, celle-ci était limitée aux cas où des raisons exclusivement médicales exigeaient que le traitement fût effectué après cet âge. De tels motifs ne résultaient pas du dossier ni n'avaient été invoqués. Q._____ a ajouté que le traitement de la malocclusion n'avait apparemment pas été un problème pendant l'enfance et l'adolescence de l'assurée ; il ne ressortait pas du dossier que des clarifications avaient déjà été entreprises dans le passé en ce qui concernait la béance dentaire. Elle en a déduit que le traitement de ladite béance dentaire en tant qu'infirmité congénitale ne semblait jamais avoir été envisagé avant l'âge

de 20 ans, aucune correction n'ayant apparemment été nécessaire par le passé. Elle a précisé que même si une détérioration s'était produite au fil des ans, ce qui n'était pas évoqué par l'assurée mais ne pouvait pas être confirmé médicalement, cela n'aurait pas conduit à une évaluation différente. Elle a donc retenu qu'en présence d'une si longue période pendant laquelle aucun traitement n'avait été envisagé, l'obligation pour Q._____ de supporter les coûts ne pouvait être justifiée des années plus tard. En conséquence, le traitement de la béance dentaire ne pouvait plus être considéré comme un traitement nécessaire après la 20^{ème} année en raison d'une infirmité congénitale.

B. Par acte du 10 mai 2021, K._____, par l'intermédiaire de sa mandataire l'avocate Jana Burysek, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la prise en charge de l'ensemble du traitement médical (notamment physiothérapie, orthodontie et chirurgie bimaxillaire) selon l'art. 27 LAMal en lien avec le « mordex apertus » conformément à l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, respectivement les maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion au sens de l'art. 17 let. d OPAS. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

Par réponse du 2 juillet 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 19 août 2021, la recourante a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 5 octobre 2021, l'intimée s'est référée à ses précédentes déterminations.

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. Le litige porte sur le refus de prise en charge par Q. _____ des coûts du traitement d'orthodontie qui, selon le médecin traitant, s'intègre dans un traitement global comprenant également de la physiothérapie et de la chirurgie maxillaire en faveur de la recourante.

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 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31), 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 ; 124 V 193 consid. 4).

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. Le chiffre 1 de cette même disposition prévoit également la prise en charge en cas d'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire dans ces mêmes conditions.

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. 1a al. 2 let. a 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 minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI ; ATF 126 V 103 consid. 3b/aa 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. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

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 ; 133 V 115 consid. 3 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 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. a) La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, respectivement l'administration. Plus spécifiquement, les faits pertinents de la cause doivent être, au premier chef, constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. 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 139 V 176 consid. 5.2 ; TF 8C_94/2016 du 30 janvier 2017 consid. 6.1).

b) 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. La recourante fait en substance valoir qu'elle présente une infirmité congénitale, respectivement une maladie de l'articulation temporo-mandibulaire, qui rend le traitement combiné de physiothérapie, d'orthodontie et de chirurgie maxillaire nécessaire. Elle fonde ses prétentions tant sur l'art. 17 OPAS (maladies du système de la mastication) que sur l'art. 19a OPAS (infirmités congénitales).

a) Le Dr L._____ avait posé le diagnostic d'arthrose des articulations temporo-mandibulaires en décembre 2018 et la prise en charge avait été admise par l'intimée qui reconnaissait ainsi l'existence d'une maladie au sens de l'art. 17 let. d ch. 1 OPAS sur la base du diagnostic posé par ce médecin. Par la suite, la Dre F._____, consultée pour un deuxième avis, a indiqué le 5 mars 2019 que la recourante souffrait d'une dégénérescence du condyle gauche et d'une luxation méniscale irréductible. L'intimée a également admis la prise en charge du traitement en application de l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS sur la base des indications de ce médecin. Les deux demandes de garantie de paiement ne contenaient pas le détail de l'intervention orthodontique qui devait être précisé dans un deuxième temps.

Le 17 avril 2019, le traitement orthodontique a été décrit et estimé par Groupe Médico-Dentaire S._____ SA pour être soumis à

l'intimée. Dans son courrier du 19 juillet 2019, l'intimée a considéré que le traitement orthodontique proposé n'avait aucun lien avec la luxation du disque articulaire et a donc refusé de prendre en charge ce traitement qui n'entrait pas dans le champ d'application de l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS. Dans sa décision du 12 novembre 2019, l'intimée a ainsi retenu que le traitement envisagé ne pouvait pas être considéré comme un traitement de suivi des prestations garanties par l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS.

On relève à ce stade que les garanties de prise en charge et la décision à laquelle la recourante a fait opposition traitaient toutes de traitements liés à une affection au sens de l'art. 17 OPAS.

b) Par courrier du 5 décembre 2019, dans le cadre de la procédure d'opposition, la Dre F. _____ a expliqué que le traitement orthodontique envisagé faisait partie du traitement dans sa globalité et a expliqué pour quels motifs ce traitement orthodontique était nécessaire. Elle a indiqué qu'il fallait tenir compte de la pathologie squelettique dont souffrait l'assurée, soit un mordex apertus, ainsi que de l'important trouble fonctionnel avec incompetence labiale, déglutition atypique provoquée par cette malocclusion sévère avec contacts dentaires uniquement limités sur les secteurs molaires supérieurs. Elle a ajouté que la béance dentaire, et la potentielle résorption condylienne qui s'en suivait, ne pouvait être corrigée que chirurgicalement afin de rétablir une fonction dentaire occlusale correcte et stable et ne pas péjorer la béance antérieure par résorption complète de la tête des condyles articulaires temporo-mandibulaires. Elle a conclu que, pour le rétablissement des rapports corrects inter arcade et une opération de chirurgie orthognatique, il était indispensable de prévoir un alignement et une coordination des arcades par un traitement orthodontique conjoint, qui fait partie intégrante de ce traitement.

A réception de cet avis médical, l'intimée a examiné la question sous l'angle de l'art. 19a OPAS et a admis que l'importance de la béance dentaire remplissait les conditions d'une infirmité congénitale au

sens de cette disposition. Elle a cependant considéré que le dossier ne permettait pas de retenir en l'occurrence l'existence de raisons médicales exigeant que le traitement fût effectué à l'âge de la recourante, alors qu'apparemment le traitement de la béance dentaire n'avait pas été envisagé avant l'âge de 20 ans. Or, comme on va le voir, les conditions d'application de l'art. 19a OPAS sont légèrement différentes de celles de l'art. 17 OPAS et auraient nécessité davantage de renseignements, notamment médicaux, pour pouvoir se prononcer en application de cette disposition.

c) Le 5 décembre 2019, la Dre F. _____ a posé le diagnostic de mordex apertus congénital qui est prévu au chiffre 21 de l'art. 19a al. 2 OPAS. Cette disposition accorde la prise en charge du mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (ou de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus). 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 (cf. consid. 3c in fine ; 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 apertus 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 dossier ne permet pas de déterminer si les valeurs angulaires sont réalisées, aucune constatation médicale sur ce point ne figurant dans les rapports à disposition. En effet, si les avis de la Dre F._____ sont relativement détaillés, ils ne mentionnent toutefois pas l'angle maxillo-basal et l'intimée n'a pas instruit ce point. Cependant, l'intimée a d'ores et déjà admis le diagnostic de mordex apertus et la qualification de cette maladie d'infirmité congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 21 OPAS sur la base des indications médicales, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point qui peut être considéré comme étant acquis.

d) Il reste à déterminer si les autres conditions permettant la prise en charge de cette atteinte sur la base de l'art. 19a al. 1 et al. 2 ch. 21 OPAS sont remplies, en particulier le point de savoir si le traitement a fait l'objet d'une indication médicale constatant que l'infirmité congénitale requiert des soins à ce jour, soit après l'accomplissement de la vingtième année. Il est rappelé que la prise en charge par l'assurance-maladie ne se justifie pas si les traitements auraient pu être réalisés avant la vingtième année et ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie. Il est encore précisé qu'en présence d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication qui doit être qualifiée d'infirmité congénitale, le fait que le traitement initial a été effectué seulement après que la personne assurée a atteint vingt ans révolus, sans raison médicale apparente, ne conduit pas nécessairement à l'exclusion de la prise en charge des traitements ultérieurs par l'assurance obligatoire des soins (ATF 147 V 187 consid. 5).

Or, il n'existe pas au dossier d'avis médical permettant de constater la nécessité des soins proposés après la vingtième année de la recourante aux conditions posées par la jurisprudence. On ignore si le traitement litigieux aurait pu être exécuté avant l'accomplissement de la vingtième année et, si tel a été le cas, les motifs pour lesquels il n'a pas

été réalisé avant que l'assurée n'ait atteint 20 ans. L'intimée relève à cet égard que cela ne ressortait pas du dossier, mais en réalité ce point n'a pas du tout été instruit et devra faire l'objet d'un complément d'instruction.

On relève en outre que le cas n'a pas été soumis à un médecin de l'assurance, alors que la question de la nécessité du traitement en cause après la vingtième année doit faire l'objet d'une indication médicale soumise à l'appréciation d'un médecin.

En définitive, en l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer si les conditions posées par l'art. 19a al. 1 let. a OPAS, justifiant une prise en charge en application de cette disposition, sont réunies.

e) Au demeurant, l'intimée n'a pas soumis la question du caractère efficace, approprié et économique des prestations (art. 32 LAMal) envisagées à un médecin et ne s'est pas prononcée sur cette question.

Son premier avis exprimé dans sa décision du 12 novembre 2019, selon lequel le traitement n'était pas en lien de causalité (soit pas approprié) avec la maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS, n'était pas suffisamment étayé, étant précisé qu'il ne reposait sur aucun avis médical. Ceci est toutefois sans incidence puisqu'après réception d'un avis médical plus détaillé pendant la procédure d'opposition, l'intimée a modifié son examen en admettant l'existence d'une infirmité congénitale et a examiné le cas à la lumière de l'art. 19a OPAS.

Dans sa décision sur opposition du 8 avril 2021, l'intimée a fondé son refus de prester sur un autre motif lié aux conditions qui devaient être remplies en application de l'art. 19a al. 1 OPAS et ne s'est pas prononcée sur le caractère efficace, approprié et économique du traitement sollicité. Or, ces éléments sont indispensables pour admettre

une prise en charge, qu'elle soit d'ailleurs fondée sur l'art. 17 ou sur l'art. 19a OPAS, de sorte qu'il conviendra de compléter l'instruction sur ce point, notamment en requérant des avis médicaux afin de déterminer si le traitement envisagé répond aux réquisits de l'art. 32 al. 1 LAMal pour traiter le mordex apertus dont souffre la recourante.

f) En définitive, l'instruction devra être complétée afin de pouvoir déterminer si les conditions posées par les arts. 19a al. 1 let. a OPAS et 32 al. 1 LAMal sont remplies.

6. La recourante soutient que l'intimée est liée par ses garanties de prise en charge qui comprendraient le traitement orthodontique précité.

Or la garantie de prise en charge accordée le 25 janvier 2019 ne portait pas sur le traitement orthodontique en cause. En effet, elle répondait à une demande du Dr L._____ du 30 décembre 2018 qui évoquait un traitement de l'arthrose des articulations temporo-mandibulaires, soit une maladie qui n'a finalement pas été retenue sur la base des dernières indications plus détaillées de la Dre F._____, et qui précisait que la correction de la béance dans un deuxième temps par un traitement combiné d'orthodontie et de chirurgie maxillo-faciale ferait l'objet d'une nouvelle demande une fois la première partie du traitement effectuée.

La deuxième acceptation de prise en charge du 21 mars 2019 répondait à une demande de la Dre F._____ du 5 mars 2019 qui ne posait pas encore le diagnostic de mordex apertus mais faisait état de signes de dégénérescence du condyle gauche et d'une luxation méniscale, et qui indiquait également que le bilan orthodontique serait envoyé ultérieurement à l'assurance, soit lorsque le Dr M._____ aurait examiné la recourante. Ainsi, lorsque l'estimation d'honoraires pour le traitement orthodontique, détaillant les opérations prévues, lui a été soumise, l'intimée a refusé la prise en charge en indiquant que ce traitement n'était pas en lien avec la luxation du disque articulaire. Son refus avait donc trait

au type de traitement envisagé pour traiter une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS, traitement dont elle n'avait pas connaissance en mars 2019 et qui devait lui être soumis dès que le bilan orthodontique serait réalisé. Au demeurant, la demande de prise en charge est aujourd'hui fondée sur un contexte médical et juridique légèrement différent.

Par la suite, la Dre F. _____ a en effet justifié l'intervention orthodontique en invoquant l'existence d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS, disposition qui prévoit d'autres conditions que l'intimée n'a pas jugé réalisées en l'espèce.

En définitive, l'intimée n'avait pas garanti la prise en charge, en janvier et en mars 2019, du traitement orthodontique tel qu'il a été exposé le 17 avril 2019 par Groupe Médico-Dentaire S. _____ SA, ce traitement devant encore lui être soumis par la suite. En outre, ce traitement concernait finalement une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS et non plus une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS. Il s'ensuit que l'on ne saurait admettre le paiement du traitement en cause sur la seule base des garanties de prise en charge antérieures qui ne se rapportaient pas au traitement litigieux. Les éléments nouveaux apportés dans l'intervalle nécessitent des mesures d'instruction complémentaires permettant de se prononcer en toute connaissance de cause sur la demande.

7. La recourante fait valoir une violation du devoir de conseil de la part de l'intimée dès lors qu'elle a débuté de bonne foi le traitement en se fondant sur les garanties de prise en charge.

a) Ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des

conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou espérance légitime (ATF 131 II 627 consid. 6.1 ; 129 II 361 consid. 7.1).

b) Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 141 V 530 consid. 6.2 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Plus largement, le principe de la bonne foi s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit (TF 6B_659/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et la référence citée).

c) En vertu de l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2 in limine).

Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (TF K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in : SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et réf. cit.). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1 et réf. cit.).

d) L'erreur de droit, qui est admise de manière restrictive, est fondée sur l'idée que le justiciable doit s'efforcer de prendre connaissance de la loi et que son ignorance ne lui permet de s'exculper que dans des cas exceptionnels (ATF 129 IV 238 consid. 3.1). L'ignorance de la loi ne constitue donc en principe pas une raison suffisante et il appartient à celui qui se trouve face à une situation juridique qu'il ne maîtrise pas de prendre les renseignements nécessaires (ATF 128 IV 201 consid. 2).

e) En l'espèce, comme indiqué plus haut (cf. consid. 6), les garanties de prise en charge ont été établies avant le bilan orthodontique, qui devait être soumis à l'intimée dès son établissement par l'orthodontiste, ce qui a été expressément relevé dans la demande de prise en charge, et dans le cadre d'un examen fondé sur l'application de l'art. 17 OPAS. Il y a lieu d'admettre que dans son courrier du 21 mars 2019, l'intimée acceptait notamment de rembourser le bilan qui devait être effectué mais ne se prononçait pas sur la prise en charge du traitement orthodontique qui n'avait encore pas été défini au moment de la demande et dont elle ignorait les détails. Or, l'exigence de la nécessité du traitement, de son efficacité, de son adéquation et de son caractère économique au sens des art. 19a OPAS et 32 LAMal afin d'obtenir une prise en charge par l'assurance-maladie implique une bonne connaissance des traitements envisagés, notamment. La recourante ne pouvait ignorer que la garantie de prise en charge ne pouvait pas porter sur le traitement orthodontique dont elle ignorait elle-même la teneur puisque le bilan

orthodontique n'avait pas encore été réalisé. Puis, compte tenu du diagnostic de mordex apertus posé ultérieurement et qui a justifié un examen du cas sous l'angle d'une autre disposition, on ne saurait faire abstraction de la condition posée à l'art. 19a al.1 let a OPAS qui s'est posée seulement après que le diagnostic révélant une infirmité congénitale au sens de cette disposition a été constaté. C'est ainsi de manière infondée que la recourante se prévaut de sa bonne foi pour obtenir la prise en charge du traitement orthodontique en cause, sans plus amples mesures d'instruction.

8. 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).

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. Plusieurs mesures d'instruction sont nécessaires sur divers points sur lesquels la recourante, ses médecins, les médecins de l'assurance et l'intimée devront être entendus, respectivement se prononcer. 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).

9. **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 procéder à toutes mesures d'instruction utiles dans le sens des considérants, 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'une mandataire qualifiée, la recourante 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 juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 8 avril 2021 par Q. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

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

- IV.** Q. _____ versera à K. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jana Burysek (pour K. _____),
- 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 :