

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2025

Composition : M. PIGUET, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à **P.**_____, recourant, représenté par Me Séverine Berger,
avocate à Lausanne,

et

ASSURA-BASIS SA, au Mont-sur-Lausanne, intimée.

Art. 43 al. 1 LPGA ; 31 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. J._____, né en 1973, est assuré auprès d'Assura-Basis SA pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

En 1997, il a été victime d'un cancer de la glande parotide, dont le traitement a nécessité deux interventions chirurgicales ainsi qu'une irradiation post-opératoire (cf. rapport du 17 novembre 2000 du Service d'oncologie et de radio-oncologie de l'Hôpital N._____).

a) Par courrier du 3 juin 2019, le docteur L._____, médecin-dentiste, a transmis à Assura-Basis SA une estimation d'honoraires d'un montant de 2'588 fr. 25, portant sur l'extraction des dents n^{os} 16 et 17 et la pose d'une couronne.

Par courrier du 25 septembre 2019, Assura-Basis SA a informé le docteur L._____ que le traitement dentaire proposé ne remplissait pas les conditions légales pour qu'il puisse être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Par courrier du 28 octobre 2019, le docteur L._____ a fourni les précisions suivantes :

Votre réponse du 25 septembre 2019 m'a surpris.

En effet, pour mémoire, Monsieur J._____ a eu un traitement pour une tumeur de la sphère ORL à l'âge de 22 ans et s'en est fort heureusement tiré à ce jour. Il a, pour la bonne marche de son traitement, subi un rayonnement important au niveau de sa mandibule, ce qui a eu pour conséquence une modification de la structure de l'os mandibulaire ainsi que des tissus dentaires.

Comme vous pouvez le constater sur les radiographies ci-jointes, Monsieur J._____ a déjà eu plusieurs dents qui se sont nécrosées spontanément sans aucune cause apparente (dents 31, 32, 41, 42, 11, 21, 46).

Sur la radiographie datée du 15.05.2019 nous pouvons également constater que les dents 16 et 17 se sont nécrosées à leur tour sans aucune raison. A part le fait qu'elles tiennent dans un os alvéolaire qui a subi des dégâts suite aux irradiations curatives reçues lors de son traitement anticancéreux, ces dents n'avaient aucune raison de se nécroser.

Voilà la raison pour laquelle je vous demanderais de reconsidérer votre position sur la prise en charge de ce traitement qui normalement devrait être pris en charge par la Lamal, comme le stipule l'article 19c de la loi sur l'assurance maladie.

Par courrier du 8 novembre 2019, Assura-Basis SA a informé l'assuré qu'elle acceptait de prendre en charge les soins envisagés au titre de l'assurance obligatoire des soins.

b) Par courrier du 28 août 2023, le docteur L._____ a transmis à Assura-Basis SA une estimation d'honoraires d'un montant de 4'946 fr. 90, portant sur l'extraction de la dent n° 41 et la confection d'un pont [dents n^{os} 42 à 31]).

Par courrier du 17 novembre 2023, Assura-Basis SA a informé le docteur L._____ que le traitement dentaire proposé ne remplissait pas les conditions légales pour qu'il puisse être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Par courrier du 24 novembre 2023, le docteur L._____ a fourni les précisions suivantes :

J'ai bien reçu votre lettre du 17 novembre concernant le refus de prise en charge du traitement dentaire proposé chez mon patient J._____.

J'ai été très étonné par la décision du médecin-dentiste conseil.

Celui-ci pourrait m'expliquer sur quelle base se fixe-t-il afin de ne pas accepter cette proposition de traitement ?

Je vous rappelle que Monsieur J._____ est un rescapé car il a eu un cancer de la glande parotide à l'âge de 24 ans et a dû subir un lourd traitement oncologique dans cette région afin de l'amener à la guérison.

Sa mâchoire inférieure a subi plusieurs opérations conséquentes ainsi qu'une radiothérapie à forte dose dans cette région comme vous pouvez le lire sur le rapport ci-joint daté du 17 novembre 2000.

Monsieur J._____ a survécu à ce cancer, fort heureusement, mais en garde des séquelles importantes : il a une asymétrie mandibulaire marquée, n'a plus de glande parotide droite, il a des problèmes dentaires récurrents comme des nécroses pulpaire

spontanées et n'ayant aucune relation avec des causes normales (ni caries, ni fissures...).

L'état de ses tissus dentaires est anormal, surtout au niveau de la dentine qui présente une certaine porosité suite à l'importante dose d'irradiation utilisée pour son traitement oncologique en 1997. Je l'ai à chaque fois constaté lorsque je lui ai soigné une dent et ai été à chaque fois été étonné de cette dentine atypique.

Comme vous pouvez le constater sur les radiographies, Monsieur J._____ a eu des nécroses pulpaire spontanées sur toutes les incisives inférieures et également sur plusieurs molaires (voir les radiographies annexes).

Donc, d'après l'article 19c de l'Opas, Monsieur J._____ devrait se voir rembourser tous les frais de ses problèmes dentaires consécutifs au lourd traitement oncologique qu'il a subi en 1997, et il n'y a à mon avis même pas matière à contester ce fait.

La dent 41 qui a dû être extraite cette année et montre une lésion radiculaire juste sous la couronne qu'elle n'avait pas en 2017 (voir radio) et cette lésion est consécutive à la qualité altérée de sa dentine suite aux rayons X thérapeutiques. S'il s'agit d'une résorption interne ou d'une résorption externe, je n'en ai pas la moindre idée mais il s'agit bel et bien d'une résorption consécutive aux dégâts occasionnés sur les tissus mêmes de ses dents suite à l'irradiation.

Je vous remercie donc à l'avance de reconsidérer votre décision et vous rappelle également qu'en 2019 déjà il y avait eu un refus de votre part suite à une proposition de traitement et après que l'on eut contesté cette décision, le traitement avait finalement quand même été accepté par votre assurance.

Par courrier du 3 janvier 2024, Assura-Basis SA a informé le docteur L._____ qu'elle maintenait la teneur de son courrier du 17 novembre 2023.

A la suite de ce courrier, J._____ a requis d'Assura-Basis SA qu'elle rende une décision formelle.

Dans un avis du 1^{er} avril 2024 adressé à Assura-Basis SA, la docteure W._____, médecin-dentiste, a formulé les considérations suivantes :

Prenons les articles de l'OPAS qui peuvent être considérés :
Voir aussi Jurisprudence St. Gallen du 05.08.2009 KV 2008/18
OPAS 17b3 : Il décrit des effets secondaires sur le tissu parodontal suite à des traitements médicamenteux et/ou suite à une irradiation.

Etant donné qu'aucun diagnostic de pathologie parodontale est posé resp. formulé, cet article peut être éliminé.

OPAS 18d : Après irradiation de la sphère oro-faciale une Xerostomie avec développement foudroyant de caries fait partie des complications. Ces complications apparaissent peu de temps après l'irradiation et provoque un type spécifique de caries. Le diagnostic de Xerostomie n'a pas été posé. Cet article peut donc être éliminé.

OPAS 19c : Cet article concerne la prise en charge dentaire avant la radiothérapie, ce qui a été fait en septembre 1997. Cet article ne peut être appliqué pour des problèmes dentaires 27 ans après la radiothérapie.

En conclusion, aucun article de l'OPAS peut être appliqué pour les problèmes dentaires décrits par le médecin-dentiste dans ses courriers.

Par décision du 15 avril 2024, Assura-Basis a confirmé ne pas pouvoir prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les soins dentaires préconisés par le docteur L._____.

A la suite de l'opposition adressée par J._____ à l'encontre de cette décision, Assura-Basis SA a soumis le dossier à son médecin-dentiste conseil, le docteur C._____, lequel a, dans un avis du 28 août 2024, pris position de la manière suivante :

Après analyse du dossier que vous m'avez envoyé :

Est-ce que le cas proposé doit être pris en charge par l'assurance de base : **NON**

Est-ce que le cas proposé fait partie de l'article 19 C de l'OPAS : **NON**

Car cet article concerne la prise en charge avant une radiothérapie et non après la radiothérapie.

Est-ce que le cas proposé fait partie de l'article 17 b3 (lésions consécutives au niveau du parodonte à l'exposition aux radiations) de l'OPAS : **NON**

Il n'y a aucun diagnostic de pathologie parodontale qui a été posé par le médecin dentiste, donc cet article peut être éliminé.

Est-ce que le cas proposé fait partie de l'article 18 d de l'OPAS : **NON**

Effectivement aucun diagnostic de Xerostomie a été posé. De plus une xerostomie provoque des caries aux collets des dents et non une résorption externe ou interne. Donc cet article peut être éliminé.

Est-ce que le cas proposé fait partie de l'article 17 C 2 de l'OPAS :
NON

Donc le patient a eu un cancer de la parotide à droite en 1997, pour lequel il a été irradié en 1997. Le cancer en lui-même ne provoque des lésions dentaires. Le traitement de ce cancer par la radiothérapie peut provoquer des lésions dentaires. Comme mentionné plus haut la radiothérapie provoque une xerostomie et par conséquence des caries dentaires.

La radiothérapie ne provoque pas les lésions que décrit le médecin dentiste. Il n'y a pas de base scientifique qui prouve ce que dit le médecin dentiste. Donc actuellement il n'y a aucune preuve d'une causalité entre origine des lésions et la radiothérapie il y a 27 ans.

De ce fait je ne peux que donner mon avis défavorable pour la prise en charge de ce traitement.

Par décision du 26 septembre 2024, Assura-Basis SA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

B. a) Par acte du 28 octobre 2024, J._____, désormais représenté par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à sa réforme, dans le sens de la prise en charge du traitement « *de sa dent n° 41, soit l'extraction de cette dent et la pose d'une couronne ente les dents 42 et 31* ». A son avis, le traitement était à la charge de l'assurance obligatoire des soins, car il était la conséquence du traitement par radiothérapie qu'il avait reçu pour soigner le cancer de la glande parotide dont il avait été atteint en 1997. Il estimait en substance que les conditions posées aux art. 17 let. c, 18 al. 1 let. d et 19 let. c OPAS étaient remplies. A titre de mesure d'instruction, il requérait la mise en œuvre d'une expertise portant sur le lien de causalité entre les résorptions spontanées de ses dents et le traitement de radiothérapie qu'il avait subi en raison de la tumeur maligne dont il avait été atteint en 1997.

b) Dans sa réponse du 28 novembre 2024, Assura-Basis SA a conclu au rejet du recours. En substance, elle a expliqué que c'est par erreur et en méconnaissance de la jurisprudence fédérale qu'elle avait accepté la prise en charge du cas qui lui avait été soumis en 2019. Pour le

reste, elle a indiqué qu'elle n'avait pas de raison de s'écarter des avis établis par les docteurs W._____ et C._____.

c) Par réplique du 11 février 2025, J._____ a indiqué n'avoir pas d'explications complémentaires ou de nouvelles réquisitions à présenter.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) Au vu de la valeur litigieuse du cas d'espèce, inférieure à 30'000 fr., un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer en qualité de juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais liés au traitement dentaire préconisé par le docteur L._____ (extraction de la dent n° 41 et confection d'un pont [dents n^{os} 42 à 31]).

3. a) Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Est réputée maladie au sens de l'art. 3 LPGa toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'atteinte à la santé doit atteindre un certain niveau de gravité, pour valoir comme maladie. La nécessité d'un traitement au sens de l'art. 3 LPGa existe lorsque l'atteinte à la santé limite les fonctions corporelles ou psychiques dans une telle mesure que le patient a besoin d'aide médicale, que le rétablissement sans aide médicale ne pourrait vraisemblablement pas être atteint ou pas dans un délai convenable, ou lorsqu'il ne peut pas être exigé du patient de vivre sans au moins une tentative de traitement.

b) En vertu de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance 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.

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 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; 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 127 V 328 consid. 3a et 339 consid. 3b ; 124 V 185 consid. 4).

d) Aussi bien l'art. 31 al. 1 LAMal que les art. 17 à 19a OPAS mentionnent des traitements dentaires qui sont occasionnés par certaines maladies ou qui favorisent le traitement de certaines maladies. Les traitements dentaires et les maladies se situent par conséquent dans un rapport d'interaction. Les critères primordiaux pour la différenciation entre les soins dentaires et les traitements médicaux sont le point de rattachement et l'objectif thérapeutique du traitement (CLAUDIA KOPP KÄCH, Droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire pour les soins dentaires [aperçu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances], in Revue mensuelle suisse d'Odontostomatologie, Vol 112, 11/2002, p. 1194).

4. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a été victime en 1997, alors qu'il n'était âgé que de vingt-quatre ans, d'un cancer de la glande parotide, dont le traitement a nécessité deux interventions chirurgicales ainsi qu'une irradiation post-opératoire (cf. rapport du 17 novembre 2000 du Service d'oncologie et de radio-oncologie de l'Hôpital N._____).

b) Le recourant souffre de problèmes dentaires récurrents sous forme de nécroses pulpaires spontanées, sans lien avec des causes usuelles (caries, fissures), dont l'origine est attribuée, selon le docteur

L._____, dentiste traitant, à l'importante dose d'irradiation utilisée pour son traitement oncologique.

5. Dans un premier grief, le recourant soutient que le traitement litigieux doit être pris en charge au titre des art. 31 al. 1 let. c LAMal et 19 let. c OPAS. D'après lui, ces dispositions prévoient expressément qu'un traitement dentaire doit être pris en charge s'il vise à remédier à des problèmes en lien avec une radiothérapie.

a) En vertu de l'art. 19 let. c OPAS, l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne.

b) Au sujet de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal, le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises que cette disposition est applicable lorsque des traitements dentaires sont nécessaires dans le cadre du traitement d'une pathologie prévue par cette norme, mais non pas lorsque les traitements dentaires sont « uniquement » la conséquence de cette pathologie ou de ses suites (ATF 128 V 59 consid. 2b ; TF 9C_675/2007 du 6 février 2008 consid. 4.2). Le but de la prise en charge est de préparer le patient à une intervention chirurgicale concrète et de rendre possible le traitement de la maladie grave, non pas de mettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins des traitements dentaires préventifs ou curatifs liés à des atteintes survenues seulement après les traitements médicaux mentionnés à l'art. 19 OPAS ; les traitements dentaires doivent par conséquent être entrepris préalablement au traitement médical de la maladie grave (TF 9C_364/2017 du 4 août 2017 consid. 4).

c) La prise en charge des coûts du traitement dentaire préalable par l'assurance-maladie obligatoire tend également à écarter le risque que des personnes atteintes dans leur santé par une maladie grave nécessitant un traitement préalable au sens de l'art. 19 OPAS renoncent, pour des raisons d'ordre financier, à des soins dentaires, au péril de leur santé. La prise en charge exceptionnelle des coûts des traitements

dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux mentionnés à l'art. 19 OPAS n'est toutefois possible que si l'on est en présence d'une affection devant être traitée ou, à tout le moins, de ses premiers symptômes concrets ; elle ne saurait reposer sur l'existence de facteurs de risque ou sur de simples hypothèses (TFA K 64/04 du 14 avril 2005 consid. 4.3 ; voir également TF 9C_675/2007 du 6 février 2008 consid. 4.2).

d) Il s'ensuit que les frais afférents aux traitements dentaires envisagés ou réalisés plusieurs années après la réalisation d'une radiothérapie ne peuvent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en vertu des art. 31 al. 1 let. c LAMal et 19 let. c OPAS.

6. Dans un second grief, le recourant soutient que le traitement litigieux doit être pris en charge au titre des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 let. c OPAS. D'après lui, ces dispositions sont applicables dans la mesure où il a été victime d'un cancer de la glande parotide, soit d'une maladie de l'os maxillaire ou des tissus mous.

a) En vertu de l'art. 17 let. c OPAS, l'assurance prend en charge, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables du système de la mastication, soit notamment les maladies de l'os maxillaire et des tissus mous (tumeurs bénignes des maxillaires et muqueuses et modifications pseudotumorales ; tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou ; ostéopathies des maxillaires ; kystes [sans rapport avec un élément dentaire] ; ostéomyélite des maxillaires).

b) En l'occurrence, le recourant a été victime en 1997 d'un cancer de la glande parotide. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu d'admettre que cette affection tombe dans le champ d'application de l'art. 17 let. c OPAS (maladies de l'os maxillaire et des tissus mous). En effet, la glande parotide n'est pas une structure osseuse et n'est pas assimilable à un tissu mou (muscles, graisse,

tendons) ; il s'agit d'un organe dont la fonction est de sécréter puis d'excréter la salive.

7. En dernier lieu, le recourant soutient que le traitement litigieux doit être pris en charge au titre des art. 31 al. 1 let. b LAMal et 18 al. 1 let. d OPAS.

a) En vertu de l'art. 18 al. 1 let. d OPAS, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies des glandes salivaires ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement.

b) Selon la jurisprudence, les art. 31 al. 1 let. b LAMal et 18 OPAS ne justifient une prise en charge de prestations par l'assurance obligatoire des soins qu'en cas de maladie non évitable du système de la mastication ; une atteinte est objectivement inévitable si elle ne peut être prévenue par une hygiène buccale suffisante. Cela nécessite des efforts quotidiens, à savoir le nettoyage et l'autosurveillance des dents (dans la mesure du possible pour le profane), des visites chez le dentiste lorsque des anomalies du système masticatoire deviennent apparentes, ainsi que des contrôles et des traitements périodiques par le dentiste, y compris l'hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 59 consid. 4a).

c) En ce qui concerne le caractère évitable, il s'agit de tout ce qui pourrait être évité par une hygiène bucco-dentaire suffisante. En principe, il faut se baser sur le caractère objectivement évitable de la maladie du système masticatoire. Le facteur décisif est donc, par exemple, de savoir si les caries ou les parodontites auraient pu être évitées si l'hygiène buccale et dentaire avait été suffisante, et ce sans tenir compte du fait que l'absence de prophylaxie peut être considérée comme subjectivement excusable dans le cas particulier. Cela ne signifie pas pour autant qu'un assuré qui, en raison de sa constitution, de maladies dont il a souffert ou de traitements qu'il a suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires peut se contenter d'une hygiène bucco-dentaire usuelle (ATF 128 V 59 consid. 4b). Les mesures d'hygiène et de

prophylaxie doivent toutefois rester raisonnablement exigibles (ATF 128 V 59 consid. 6d).

d) En l'occurrence, s'il ne fait aucune doute qu'un cancer de la glande parotide constitue une maladie des glandes salivaires, autre est la question de savoir si, d'une part, l'atteinte dentaire subie par le recourant constituait une séquelle du traitement de son cancer et si, d'autre part, elle était objectivement évitable moyennant une hygiène bucco-dentaire suffisante. Dans ses prises de position des 24 novembre 2023 et 16 octobre 2024, le docteur L._____ a souligné que, malgré une hygiène dentaire qui pouvait être qualifiée d'absolument exceptionnelle, le recourant présentait des nécroses pulpaire spontanées. Il a notamment relevé que, sur le plan clinique, l'état des tissus dentaires était anormal, surtout au niveau de la dentine qui présentait une structure poreuse opaque, expliquant qu'il n'avait aucun doute que la problématique était la conséquence de la radiothérapie qu'il avait subie dans le cadre du traitement de son cancer. Dans leurs brèves prises de position respectives des 1^{er} avril et 28 août 2024 (lesquelles ne sauraient à tout le moins être qualifiées d'expertises comme le prétend l'intimée), les docteurs W._____ et C._____, médecins-conseils de l'intimée, se sont focalisés sur l'absence de diagnostic de xérostomie pour écarter l'application de l'art. 18 al. 1 let. d OPAS, sans examiner concrètement la problématique rencontrée par le recourant. A cet égard, il ne suffit pas d'affirmer, comme l'a fait le docteur C._____, qu'il n'existe pas de base scientifique à l'hypothèse avancée par le docteur L._____ ; encore faut-il être en mesure de fournir une explication scientifiquement convaincante au sujet des nécroses pulpaire spontanées présentées par le recourant, ce dont le docteur C._____ s'est abstenu.

e) En définitive, il y a lieu de constater que le dossier ne permet pas de trancher la question de savoir si le recourant peut prétendre à la prise en charge du traitement litigieux au titre des art. 31 al. 1 let. b LAMal et 18 al. 1 let. d OPAS. En l'absence d'une analyse exhaustive de la problématique dentaire présentée par le recourant répondant, notamment aux questions de savoir si, d'une part, l'atteinte

dentaire subie par le recourant constituait une séquelle du traitement de son cancer et si, d'autre part, elle était objectivement évitable moyennant une hygiène bucco-dentaire suffisante, l'instruction doit être complétée. Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'intimée, autorité à qui 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), afin qu'elle mette en œuvre une expertise conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA. Compte tenu de la nature très particulière de la problématique présentée par le recourant, l'expertise devra être confiée à un spécialiste de rang universitaire.

8. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Etant donné l'importance et la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre à la charge de l'intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 26 septembre 2024 par Assura-Basis SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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

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

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Séverine Berger, avocate (pour J._____),
- Assura-Basis 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).

Le greffier :