

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2295/2018

ATAS/1336/2021

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2021

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à THÔNEX, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michal BIOT et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, est affilié auprès du PHILOS assurance maladie (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins.

b. Dans un rapport du 19 juin 2017, la doctoresse B_____, médecin dentiste assistante au service de chirurgie maxillo-faciale des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué à l'assurance que l'assuré avait consulté le service des urgences dentaires des HUG le 21 juin 2016 en raison de douleurs constantes à la dent 35. Au status, cette dent était douloureuse à la percussion, mobile de degré III et présentait « des poches » de 6 mm. L'examen radiologique avait révélé un élargissement de l'espace desmodontal, ainsi qu'une radio-transparence circulaire au niveau du tiers cervical pulpaire de la dent 35. Cette dent avait donc été avulsée et envoyée au laboratoire pour une analyse histopathologique. Les résultats lui étaient parvenus récemment et avaient mis en évidence la présence d'une résorption interne au niveau de la dent 35.

Elle joignait à son rapport les pièces suivantes :

- les images radiographiques ;
- un rapport du 31 mai 2017 du Professeur C_____, médecin au service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, relatif à une biopsie reçue le 21 juin 2016, diagnostiquant un aspect compatible avec un foyer de résorption interne (dent 35) et rappelant les renseignements qui lui avaient été communiqués (douleurs constantes à la dent 35 depuis une semaine, mobilité de degré III, douleurs à la percussion, vitalité positive, poche parodontale localisée en « mésio-linguale » de 6 mm [alors que le reste du sondage était à 3-4 mm], élargissement de l'espace desmodontal, image radioculaire arrondie, bien limitée au niveau du tiers cervical) ; la macroscopie avait révélé une dent 35 monoradiculée avec, au niveau du collet, une résorption ponctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre, brunâtre, décalcifiée et incluse en totalité ; selon l'histologie, la dent montrait sur une face une petite cavité contenant des débris, des hématies et quelques hamas de bactéries (cocci) ; l'aspect était « à corrélérer aux données cliniques et radiologiques » ;
- des devis réalisés le 20 juin 2017 pour la pose d'un implant en position 35 avec une couronne (environ CHF 3'000.-).

c. Le 19 juillet 2017, le médecin-dentiste conseil de l'assurance a émis l'avis qu'il ne s'agissait pas d'un granulome dentaire interne idiopathique et que le cas ne relevait dès lors pas de l'assurance-maladie obligatoire.

d. Par courrier du 24 juillet 2017, l'assurance a manifesté son intention de refuser la prise en charge du traitement dentaire.

e. Le 22 août 2017, la Dresse B_____ a fait remarquer au dentiste-conseil que le diagnostic de « granulome dentaire interne » avait été confirmé par le rapport d'histopathologie. Elle a insisté pour que soit prise en charge la réhabilitation implanto-portée nécessaire suite à l'extraction de la dent 35.

f. Le 6 octobre 2017, l'assurance a campé sur sa position, en faisant valoir que le rapport mentionnait la « présence au niveau du collet d'une résorption ponctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre » et qu'il y avait donc bien une résorption externe, ce qui ne correspondait pas à un granulome dentaire interne idiopathique.

g. En date du 30 octobre 2017, la Dresse B_____ a relevé que le rapport histopathologique indiquait que la résorption ponctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre au niveau du collet correspondait bien à un foyer de résorption interne et non externe.

h. Le 29 novembre 2017, le docteur D_____, médecin-dentiste conseil de l'assurance, a constaté que le traitement proposé comprenait une phase provisoire - l'extraction de la dent 35 - et une phase définitive - la mise en place d'un implant dentaire endo-osseux et la confection d'une couronne définitive implanto-portée. Il ressortait du bilan radiologique et du rapport de consultation de la Dresse B_____ que l'assuré souffrait d'une maladie parodontale inflammatoire (parodontite) concernant la dent 35. Il était reconnu qu'un processus inflammatoire touchant le parodonte puisse avoir un impact sur les racines dentaires et provoquer des résorptions externes. Par conséquent, le diagnostic de granulome dentaire interne idiopathique ne pouvait être posé au degré de la vraisemblance prépondérante, car, au vu de la maladie parodontale constatée, le diagnostic de résorption externe de la dent 35 n'était qu'« envisageable ». Dès lors, il concluait pour sa part à une résorption externe.

B. a. Par décision formelle du 21 décembre 2017, l'assurance a refusé de prendre en charge le traitement dentaire envisagé.

b. L'assuré s'est opposé à cette décision en arguant que le diagnostic de résorption interne était appuyé tant par l'anamnèse que par les examens clinique, radiologique et histopathologique.

À l'appui de sa position, il produisait un rapport de la Dresse B_____ du 8 mars 2018, relatant qu'à l'examen du 21 juin 2016, cliniquement, aucune zone de résorption n'était visible et le reste de l'examen parodontal dans la norme. L'examen radiologique avait mis en évidence un élargissement de l'espace desmodontal avec une petite radio transparence ponctiforme d'environ 0.05 cm au centre du tiers supérieur de la racine. L'examen histologique avait révélé un aspect compatible avec une résorption interne. Par ailleurs, la lésion, qui débutait à l'intérieur du tissu pulpaire, aboutissait à la formation d'une cavité qui pouvait

finalement s'extérioriser après avoir résorbé la dentine et le ciment, de sorte que la distinction entre un granulome interne et un granulome externe était parfois difficile. En l'espèce, le diagnostic de résorption interne était basé sur l'anamnèse, l'examen clinique, radiologique et histopathologique.

c. Dans une nouvelle appréciation du 6 juin 2018, le Dr D_____ a souligné que le rapport d'histopathologie du 31 mai 2017 retenait le diagnostic d'« aspect compatible avec un foyer de résorption interne », ce dont il tirait la conclusion que la lésion visible sur la radiographie ressemblait à un tel foyer, mais n'en était pas forcément un; il pouvait très bien s'agir d'un foyer de résorption externe ayant le même aspect. En aucun cas le Prof. C_____ n'avait posé le diagnostic définitif et certain de résorption interne. De plus, l'examen histologique ne permettait pas à lui seul de poser un diagnostic définitif, dans la mesure où une corrélation entre un tel examen et les constatations cliniques et radiologiques était indispensable. En outre, le rapport de la Dresse B_____ du 19 juin 2017 faisait état de « poches » de 6 mm, alors que le Prof. C_____ n'en avait mentionné qu'une seule dans son rapport du 31 mai 2017, localisée en « mésio-linguale ». La Dresse B_____ avait indiqué que la profondeur de sondage de 6 mm était localisée au niveau « mésio-vestibulaire ». Compte tenu de ces contradictions, la seule certitude était que la dent 35 présentait une maladie parodontale. Pour le surplus, il était difficile d'évaluer si le traitement proposé par la Dresse B_____ était efficace, adéquat et économique, du moment qu'aucune information sur la situation bucco-dentaire globale du patient n'avait été transmise. En conclusion, le dentiste-conseil confirmait le diagnostic de résorption externe compte tenu de l'affection parodontale constatée et de l'examen histopathologique et radiologique autour de la dent 35.

d. Par décision du 8 juin 2018, l'assurance a rejeté l'opposition, au motif que le diagnostic de granulome interne idiopathique ne pouvait être posé au degré de la vraisemblance prépondérante.

- C. a.** Par acte du 4 juillet 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition de la Dresse B_____ et du Prof. C_____, cas échéant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les soins dentaires de la dent 35.

En substance, le recourant fait valoir que le diagnostic de résorption interne (granulome dentaire interne idiopathique) a été clairement posé par le Prof. C_____ et la Dresse B_____, sur la base de l'examen histologique, mais également des constatations cliniques et radiologiques.

Le fait qu'une résorption externe soit envisageable d'après la littérature médicale ne suffit pas à exclure la vraisemblance prépondérante du diagnostic de résorption interne.

Le recourant fait remarquer que le médecin-conseil admet que l'examen histologique doit être corrélé avec les constatations cliniques et radiologiques - ce qu'ont fait les médecins des HUG -, mais pose le diagnostic de résorption externe sans avoir effectué de constatation clinique.

b. L'intimée conclut au rejet du recours en se référant à l'avis de son dentiste-conseil, dont elle considère qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante et être préféré à celui du dentiste traitant. Elle maintient qu'au vu du dossier, le diagnostic de granulome interne ne peut être posé au degré de vraisemblance prépondérante.

c. Les parties ont campé sur leurs positions respectives. Ont encore été produits :

- un rapport établi le 31 août 2018 par la Dresse B____ et le Prof. C____, précisant que la dent 35 présentait une unique poche parodontale localisée en mésio-vestibulaire, contrairement à ce qui avait été indiqué par erreur dans d'autres rapports ; tout le reste de l'examen était dans la norme, à savoir sans poche parodontale de plus de 3 mm ; la présence d'une seule poche parodontale localisée révélait « habituellement » une pathologie localisée comme une fissure ou une fracture radiculaire, ou une résorption interne; le diagnostic de granulome interne et non externe était confirmé; toute autre question devrait être posée à un expert indépendant externe aux HUG ;
- un rapport rédigé le 24 octobre 2018 par le Dr D____, émettant l'avis que celui du 31 août 2018 n'apportait pas d'argument supplémentaire en faveur d'une résorption interne; la poche parodontale n'étant pas une lésion spécifique d'une résorption radiculaire interne, elle peut se rencontrer aussi en cas de résorption radiculaire externe, de sorte que le diagnostic de résorption radiculaire interne ne peut être posé de façon « sûre et certaine » et n'est qu'« envisageable ».

d. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 7 février 2019, au cours de laquelle la Cour de céans a entendu les Drs B____, C____ et D_____.

La Dresse B____ a expliqué avoir reçu le recourant en urgence pour des douleurs au niveau de la dent 35. Elle avait constaté l'absence de carie et la radio avait montré une lésion claire, c'est-à-dire une déminéralisation à un endroit donné, au niveau du tiers cervical de la racine, ainsi qu'une poche parodontale. Elle avait donc retenu comme hypothèse de diagnostic une résorption interne, soit une inflammation de la pulpe de la dent s'extériorisant. Il n'y avait en effet aucun autre argument clinique pour expliquer les douleurs et la présence de la poche. Elle avait procédé à l'extraction de la dent et constaté la présence d'une lésion arrondie au niveau de la racine, avant de l'envoyer au Prof. C____ pour analyse.

Le Prof. C____ a indiqué que s'il avait posé un diagnostic en parlant de « compatibilité », c'était parce qu'il ne reposait pas uniquement sur l'aspect histologique, mais avait été corrélé par les observations radiologiques, cliniques et

intra-opératoires. Il a expliqué que la résorption peut être interne (de l'intérieur vers l'extérieur) ou externe (de l'extérieur vers l'intérieur). En l'occurrence, l'histologie a été corrélée par les autres éléments évoqués. S'il a conclu à une résorption interne, c'est en raison de deux éléments : d'une part, la présence d'ostéoclastes (cellules à l'origine de la destruction du tissu dur) dans la pulpe (leur présence à l'intérieur plaiderait pour une résorption interne ayant débordé à l'extérieur), d'autre part, la situation de la lésion (d'habitude, une résorption externe se situe au niveau du collet alors qu'en l'occurrence elle se trouvait plus bas).

La Dresse B_____ a confirmé que, selon son observation clinique, il n'y avait qu'une seule poche, localisée en mésio-vestibulaire.

Elle et le Prof. C_____ ont indiqué que le diagnostic de résorption interne correspondait à l'hypothèse la plus probable au vu des éléments rappelés ci-dessus, sans qu'il leur soit possible de préciser à quel pourcentage (65% ou 75%). La Dresse B_____ a ajouté que le simple examen clinique, tout comme le simple examen histologique, ne suffisait pas. C'est l'ensemble des examens qui permet d'isoler l'hypothèse la plus probable.

Le Dr D_____ a exprimé l'avis que le diagnostic de résorption demeurerait l'une des hypothèses à envisager parmi d'autres. Selon lui, un tel diagnostic n'est certain qu'en l'absence d'affection parodontale associée. En présence d'un processus pathologique externe, il devient discutable et il est alors difficile à confirmer en l'absence de données sur les antécédents du patient. Il faudrait pouvoir procéder à une comparaison avec des clichés radiologiques antérieurs, inexistant en l'occurrence, faute de dentiste traitant.

Le Prof. C_____ a fait remarquer qu'en pratique, il est impossible d'investiguer longuement les antécédents d'un patient qui se présente en urgence pour des douleurs. Quant à la présence d'une poche parodontale, il a observé que deux affections peuvent tout à fait cohabiter sans relation. Cette poche pouvait constituer l'extériorisation de l'inflammation débutée intérieurement, mais l'on ne peut avoir de certitudes.

Le Dr D_____ s'est étonné que l'on affirme que des ostéoclastes proviennent de la pulpe. À son avis, ils venaient de l'os autour de la dent. En outre, la localisation de la lésion lui semble également un argument discutable, dans la mesure où une résorption radiculaire peut toucher n'importe quel niveau de la racine.

Le Prof. C_____ a répondu que les ostéoclastes peuvent se différencier des cellules de la pulpe. Ils ne proviennent pas, dans ce cas, de l'os. Ils sont en effet en l'occurrence en contact avec la pulpe et la dentine. Certes, la résorption peut toucher n'importe quel site, mais sa remarque concernait la résorption interne. Celle-ci ne touche en général pas la zone du collet, ni l'apex, contrairement à la résorption externe.

Le Dr D_____ a maintenu que l'hypothèse la plus probable, selon lui, était un processus externe. En présence d'une seule poche parodontale, l'extraction de la dent constituait une sanction thérapeutique plutôt invasive. Il y avait certainement des alternatives thérapeutiques sur lesquelles il n'a cependant pu s'exprimer, arguant ne pas avoir été informé de la situation générale.

La Dresse B_____ a rappelé avoir corrélié l'examen clinique à l'examen radiologique qui lui faisait suspecter une lésion interne. Dans ces cas-là, lorsqu'il y a symptomatologie douloureuse, l'extraction s'impose : l'autre alternative aurait été un traitement de racine, suivi d'un acte chirurgical afin de reconstruire l'extérieur de la dent résorbée. Cela aurait été coûteux et sans garantie de résultat, raison pour laquelle, après discussion avec le patient, il a été décidé de procéder à l'extraction.

Le Dr D_____ a réaffirmé qu'à son avis, un traitement de racine aurait suffi, qui aurait été sensiblement moins cher, surtout s'agissant d'une dent mono radiculaire. Il aurait suffi d'un curetage, sans intervention chirurgicale, pour colmater la brèche, laquelle aurait pu être comblée de l'intérieur par le traitement de racine.

La Dresse B_____ a dit avoir examiné la situation à moyen et long terme et avoir conclu que le traitement de racine pourrait certes temporiser le problème, mais sans garantie de le régler définitivement.

e. Les parties persistant dans leurs conclusions respectives, la Cour de céans, après avoir donné aux parties l'occasion de se déterminer, a ordonné une expertise judiciaire, qu'elle a confiée au docteur E_____, spécialiste en parodontologie SSP/SSO et médecin dentiste (ordonnance ATAS/1003/2019 du 4 novembre 2019).

f. Il convient de noter que l'expert a rencontré des difficultés à obtenir des informations de la part du service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, de sorte qu'en définitive, la Cour de céans a dû intervenir pour obtenir la production du dossier médico-dentaire original et complet, sous forme électronique ou papier, ainsi que du rapport histologique, étant précisé que, selon les HUG, le dossier ne comportait aucune photographie originale en couleurs de la dent avulsée.

g. L'expert a finalement pu rendre son rapport en date du 25 avril 2021. Il est parvenu à la conclusion que la dent 35 présentait deux pathologies présentes simultanément : une poche parodontale de 6 mm, mais également un granulome interne idiopathique, la première étant probablement une conséquence du foyer interne. A la question de savoir si le traitement proposé - soit l'avulsion de la dent 35 et la pose d'un implant en position 35 avec une couronne - répondait aux principes de l'économicité, d'adéquation et d'efficacité, l'expert a répondu par l'affirmative.

h. Dans ses conclusions après enquêtes du 29 avril 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

i. L'intimée a fait de même, en se référant à un nouvel avis de son médecin-conseil affirmant qu'aucun diagnostic de granulome interne clair n'aurait été posé par les médecins traitants. Selon elle, les éléments cliniques plaident en faveur d'une résorption radiculaire externe.

j. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

EN DROIT

1. Les questions de compétence de la Cour de céans et de recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 4 novembre 2019, il est inutile d'y revenir ici.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée refusant de prendre en charge les soins dentaires de la dent 35.
3. Selon l'art. 25 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 (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale.

D'après 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 (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMa. 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 aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (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.

À teneur de l'art. 17 OPAS, à 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 ch. 1 et 2 LAMal) : les granulomes dentaires internes idiopathiques (ch. 1) et les dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par ex. : abcès, kyste; ch. 2).

4. 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 332 consid. 3a ; ATF 127 V 343 consid. 3b ; ATF 124 V 185).

Le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que, dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS, est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). Autrement dit, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires ; les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal.

Est « évitable » toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 279 consid. 3.3 ; ATF 125 V 19 consid. 3a ; SVR 1999 KV 11 consid. 1b/aa).

L'atteinte de la fonction masticatoire résultant d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si elle était objectivement non évitable (ATF 128 V 70). Cela suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 60 consid. 4a). Par ailleurs, une personne assurée qui présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Néanmoins, l'hygiène buccale doit rester dans la mesure du raisonnable et de l'exigible en ce qui

concerne aussi bien les soins quotidiens que les contrôles périodiques chez un dentiste (ATF 128 V 60 consid. 6d).

5. La prise en charge de soins dentaires repose sur le principe suivant : une hygiène buccale appropriée permet de prévenir l'apparition de caries, de parodontites ou la perte de dents. Si bien que l'assurance-maladie obligatoire ne rembourse que les soins buccodentaires occasionnés par une maladie grave ou inévitable, donc à des conditions restrictives. Pour être pris en charge, les soins dentaires doivent être en rapport d'interaction avec les maladies, c'est-à-dire soit occasionnés par certaines d'entre elles (art. 17 et 18 OPAS), soit favoriser leur traitement (art. 19 OPAS) (Dominique MANAÏ, Droits du patient face à la biomédecine, 2013, p. 181).

L'art. 31 al. 1 let. a LAMal prévoit que les coûts des soins dentaires sont pris en charge par l'assurance obligatoire s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Il s'agit d'une exception au principe selon lequel les soins dentaires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire. Trois conditions doivent être réalisées : la première est l'existence d'une maladie. Dans les cas des soins dentaires, il y a atteinte à la santé lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler. Une atteinte pathologique est un état, actuel ou imminent, qui ne peut être prévenu par des mesures prophylactiques et qui, à défaut d'intervention, entrave la fonction masticatoire. La deuxième condition pour la prise en charge des traitements dentaires par l'assurance-maladie est le degré de gravité de la maladie. En effet, les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, la notion de maladie au sens des art. 17 et 17 let. a ch. 2 OPAS est plus restrictive que celle qui s'applique de manière générale à l'assurance-maladie sociale selon l'art. 2 al. 1 LAMal. Il s'agit d'une atteinte qualifiée. La troisième condition est le caractère non évitable de la maladie. Il s'agit d'une maladie qui surviendrait malgré une bonne hygiène buccale et dentaire, et conformément à l'état des connaissances du moment en matière de médecine dentaire. Le législateur voulait par-là encourager la prévention des caries et des parodontites, ainsi que toute autre maladie évitable et non grave du système de la mastication, impliquant ainsi la responsabilité personnelle du patient. Ainsi, un granulome dentaire interne idiopathique est une maladie non évitable. A contrario, un granulome interne découlant d'un traumatisme dentaire ou d'une affection de la pulpe due à la carie est considéré comme évitable et n'implique donc pas une prise en charge par l'assurance-maladie. De même, un granulome externe est considéré comme évitable, dans la mesure où il découle d'une infection parodontale (Dominique MANAÏ, op.cit., p. 183-186).

Une fois établie la gravité de la maladie, il convient de vérifier si les prestations sont « efficaces, appropriées et économiques » (Dominique MANAÏ, op.cit., p. 189).

6. Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa p. 165 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 p. 279).

L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5 p. 146; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2e éd. 2007, p. 494 n. 293 ss). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 125 V 95 consid. 4a p. 99 ; voir également arrêt K 151/99 précité consid. 2c).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 124 V 196 consid. 4 p. 200 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 126 V 334 consid. 2b p. 339).

L'appréciation du caractère économique ne doit pas s'effectuer au moyen d'une stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. La jurisprudence a retenu que des prestations de soins fournies à domicile par exemple, devaient, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettaient d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel (travail [ATF 126 V 334 consid. 3a p. 341], formation [arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000 consid. 3b, in RAMA 2001 p. 23], engagement social ou politique) ou d'assumer une fonction sociale importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas (telle que mère de famille; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 52/99 du 22 septembre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 10). Tel n'était en revanche pas

le cas lorsque les soins à domicile ne permettaient à la personne assurée que de bénéficier d'une meilleure qualité de vie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 61/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 19 ; voir néanmoins l'arrêt 9C_940/2011 du 21 septembre 2012 consid. 3.4, où le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social respectait "tout juste" le critère de l'économicité).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

9. Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués

ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
11. En l'espèce, l'intimée considère sur la base des appréciations de ses médecins-dentistes conseils, que le recourant a souffert d'un granulome externe, dont la prise en charge ne lui incombe pas. En substance, elle argue qu'une poche parodontale n'est pas spécifique d'une résorption radiculaire interne, qu'elle peut se rencontrer aussi en cas de résorption radiculaire externe, ce dont elle tire la conclusion que le diagnostic de résorption radiculaire interne ne peut être posé de façon « sûre et certaine » et n'est qu'« envisageable ».

Le recourant conclut pour sa part à ce que soit reconnu son droit à la prise en charge des soins prodigués et prévus au niveau de sa dent 35, arguant que ceux-ci résultent d'un granulome dentaire interne idiopathique, dont le diagnostic a été clairement posé par le Prof. C_____ et la Dresse B_____, sur la base de l'examen histologique, mais également des constatations cliniques et radiologiques. Le fait qu'une résorption externe soit envisageable d'après la littérature médicale ne suffit pas à exclure la vraisemblance prépondérante du diagnostic de résorption interne.

12. La Cour de céans a déjà constaté, dans son ordonnance du 4 novembre 2019, qu'il lui était difficile de trancher cette controverse entre spécialistes, raison pour laquelle elle a fait appel à un expert en la matière afin de déterminer quelle atteinte a exactement affecté la dent 35 du recourant, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence. Il lui a également été demandé de se prononcer sur la question de savoir si l'affection était évitable et si le traitement proposé par la Dresse B_____ répondait aux principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité.

Le rapport d'expertise du Dr E_____ a été rendu après examen du dossier complété fourni par les HUG. L'expert y répond de manière claire, argumentée et circonstanciées aux questions qui lui ont été posées, de sorte que ses conclusions doivent se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il relate en particulier que, localement, l'assuré se plaignait d'une symptomatologie sous forme de douleurs persistantes plus marquées à la mastication. Une mobilité importante de degré III a été diagnostiquée. La dent 35 présentait à un moment donné deux pathologies présentes simultanément : une poche parodontale de 6 mm et un granulome interne idiopathique. Selon l'expert, la pathologie parodontale était probablement, dans ce cas précis, une conséquence du foyer interne. Il explique qu'il est très peu probable que l'inverse se produise. De plus, une poche parodontale de 6 mm n'est généralement pas en mesure de provoquer une mobilité de degré III et aurait présenté une image radiologique bien différente (par exemple une perte d'os verticale importante), ce que l'on ne trouve pas dans ce cas. Se basant sur le rapport histologique, l'expert estime que la dent 35 a très probablement bien souffert d'un granulome interne idiopathique. Il explique que l'analyse histologique doit être considérée comme l'examen diagnostique le plus fiable disponible pour ce type de pathologie. De plus, la description clinique des symptômes ne correspond que marginalement à la pathologie parodontale seule. Compte tenu du caractère idiopathique de l'infection, elle doit être considérée comme INÉVITABLE.

C'est en vain que l'intimée continue à contester cette position en reprenant les arguments déjà avancés précédemment par son dentiste-conseil, à savoir qu'un processus inflammatoire touchant le parodonte peut impacter les racines dentaires et provoquer des résorptions internes et que, compte tenu de la maladie parodontale constatée, le diagnostic de résorption externe de la dent 35 est "envisageable". C'est précisément dans le but de trancher cette controverse entre spécialistes que la Cour a fait appel à un expert judiciaire, lequel a rendu des conclusions argumentées et convaincantes, dont il n'y a pas lieu de s'écarter.

D'autant moins qu'ainsi que le fait remarquer le recourant, c'est à tort que l'intimée et son dentiste-conseil exigent la preuve certaine d'un granulome dentaire interne idiopathique, étant rappelé qu'en matière d'assurances sociales, la décision repose sur les faits apparaissant comme les plus vraisemblables de façon prépondérante. Or, en l'occurrence, de l'avis de l'expert judiciaire, c'est le diagnostic de granulome interne idiopathique qui apparaît comme le plus probable.

À la question de savoir si le traitement proposé, soit l'avulsion de la dent 35 et la pose d'un implant en position 35 avec une couronne répondait aux principes de l'économicité de l'adéquation et de l'efficacité du traitement, l'expert a répondu par l'affirmative. Il a expliqué que la seule alternative thérapeutique répondant mieux au principe d'économicité à disposition dans cette situation spécifique aurait été la confection d'une prothèse amovible (qui aurait coûté probablement 30 à 40% de moins que l'implant/couronne). Il a cependant souligné qu'en considérant la situation bucco-dentaire avant et après l'avulsion de la dent 35, une prothèse amovible aurait été à la fois moins adéquate - parce qu'il n'y avait qu'une seule dent à remplacer et qu'une telle prothèse, impliquant plusieurs crochets indispensables, aurait mis en péril des dents piliers - et moins efficace. Ainsi que

le fait remarquer le recourant, le critère de l'économicité doit être considéré comme également rempli en ce cas puisqu'il faut prendre en considération les frais qu'aurait entraîné les éventuels dégâts causés aux dents piliers par la pose d'une prothèse amovible satellite. En l'occurrence, il ressort des explications de l'expert que, bien qu'un peu plus coûteuse, la solution proposée au recourant présentait un bénéfice manifeste par rapport à la seule autre alternative envisageable (une prothèse amovible). On notera que l'expert n'entre même pas en matière sur l'approche conservatrice suggérée par l'intimée.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que les conditions permettant la prise en charge du traitement administré au recourant étaient donc remplies et que c'est de manière injustifiée que l'intimée l'a refusée.

Le recours est admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours.
2. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais du traitement dentaire relatif à la dent 35 du recourant.
3. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le