

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

N._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Didier Elsig,
avocat à Lausanne

et

A._____, Caisse maladie et accident, au Mont-sur-Lausanne, intimée.

Art. 31 al. 2 LAMal ; 17 let. b ch. 2 OPAS

E n f a i t :

A. a) N. _____ (ci-après: l'assuré), né le 16 août 1976, domicilié à Yverdon-les-Bains, est affilié auprès d'A. _____, assurance maladie et accident (ci-après: A. _____) depuis le 1^{er} avril 2005. Il bénéficie de la catégorie d'assurance [...], assurance obligatoire des soins selon les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), avec une franchise de 500 fr., risque accident non inclus.

b) Le 1^{er} novembre 2009, le Dr Z. _____, médecin-dentiste, spécialiste en parodontologie SSO, a adressé au médecin-dentiste conseil d'A. _____ le rapport suivant :

« Je me permets de vous écrire au sujet de Monsieur N. _____ né le 16.08.76.

Ce patient présente des atteintes parodontales au niveau de plusieurs dents. L'historique clinique, radiologique, et microbiologique survenant chez un patient aussi jeune (19 ans en 1996), permet de poser le diagnostic de parodontite juvénile progressive.

Aussi, et conformément à l'article 17b.2 de la LAMal concernant ce type d'affection, je vous propose une prise en charge des traitements par la compagnie d'assurance dont vous êtes le médecin-dentiste conseil. »

A ce rapport étaient notamment joints une estimation d'honoraires de 2'112 fr. 65 pour les soins prévus, ainsi que la copie d'un courrier du 18 juin 1997 du Dr M. _____, chirurgien-dentiste à [...], dont la teneur était la suivante :

« Nous avons reçu en première consultation Mr N. _____ que vous nous avez adressé récemment.

L'examen clinique, radiologique et microbiologique a permis de poser le diagnostic suivant :

**SEQUELLES DE PARODONTITE JUVENILE LOCALISEE,
aggravée par un problème de disfonctions occlusales,
(béance incisivo-canine, interférences postérieures,
position de sommeil traumatique),
infectée par des spirochètes et des parasites.**

Nous avons effectué un prélèvement afin de faire réaliser une analyse par sonde ADN.

Les interventions réalisées préalablement par le Dr D. _____ à « combler » les poches parodontales, ne pouvaient qu'être vouées à l'échec dans la mesure où l'infection bactérienne est en effet extrêmement forte.

Nous allons d'abord nous attacher à traiter l'infection en rééquilibrant sa flore bactérienne buccale. Ensuite, il s'agira d'entreprendre une série de surfaçages radiculaires sur l'ensemble des deux arcades et de réévaluer la situation parodontale ultérieurement, mais nous pouvons d'ores et déjà estimer qu'il vous faudra à un moment donné, pratiquer une bio-pulpectomie technique sur 46, où désormais on peut considérer que l'atteinte est endo-parodontale. »

B. **a)** Par courrier du 20 novembre 2009, A. _____ a refusé d'intervenir pour le traitement devisé, au motif qu'il ne remplissait pas les conditions légales.

L'assuré ayant contesté le refus par courrier du 27 novembre 2009, dans lequel il estimait que les conditions de l'art. 31 al. LAMal et de l'art. 17 OPAS étaient remplies, A. _____ a confirmé sa position par décision formelle (art. 49 LPGA) du 11 décembre 2009.

b) Par courrier du 18 décembre 2009, l'assuré, alors représenté par l'assurance de protection juridique X. _____, a formé opposition contre cette décision, en précisant qu'une procuration serait ultérieurement remise à A. _____ afin que le dossier médical lui soit remis et que l'opposition puisse être motivée.

Après avoir pris connaissance du dossier, l'assuré, désormais représenté par l'avocat Didier Elsig, a complété la motivation de l'opposition par courrier du 22 mars 2010.

c) Par décision sur opposition du 12 avril 2010, A. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré. La motivation en droit de cette décision est la suivante:

« 1. De manière générale, les soins dentaires ne relèvent pas des obligations des assureurs-maladie, exception faite des hypothèses citées à l'article 31 LAMal, dont le contenu est précisé aux articles 17 à 19 OPAS.

En particulier, l'article 17, lettre b, chiffre 2 OPAS précise que la parodontite juvénile progressive est prise en charge, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et qu'elle exige un traitement.

2. La Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) définit la parodontite juvénile progressive comme étant la parodontite de l'enfant (puberté) qui touche, de façon symétrique, la région des premières molaires et/ou des incisives. La SSO ajoute que chez le patient adulte, le lien de causalité entre les lésions présentes et la préexistence (supposée) d'une parodontite juvénile progressive doit être démontrée.

La littérature médicale, dont les auteurs cités par Me Elsig font partie, relève que la parodontite juvénile est cliniquement bien différente de la parodontite de l'adulte. Elle est définie par des lésions affectant les premières molaires définitives au niveau de la face mésiale et les incisives, le plus souvent de manière bilatérale (BAER 1971). Selon JONCLA et SUZUKY (1949), ces lésions peuvent s'étendre aux autres dents. Elle fait son apparition chez de jeunes adultes en bonne santé générale, à partir de la puberté vers 11-15 ans, avec une progression rapide qui a pour résultat après 4 ou 5 ans, une perte d'attachement parodontal qui peut atteindre 50% à 60% (NOVAK et NOVAK 1996 et LINDRE 1998).

En complément à son préavis initial, le médecin-dentiste conseil d'A._____ relève que selon l'Atlas de Parodontologie de Rateitschak, ouvrage de référence en la matière, *«en général, la parodontite se développe à partir d'une gingivite préexistante. Cependant, toute gingivite ne se transforme pas en parodontite. La quantité et la virulence des micro-organismes pathogènes de la plaque ainsi que la résistance immunitaire de l'hôte détermineront l'activité inflammatoire et la destruction progressive du parodonte. La parodontite peut être le plus souvent prévenue par une bonne hygiène buccale.*

Pour la parodontite juvénile, dans presque tous les cas, on trouve des actinobacillus actinomycetemcomitans.

Le traitement de la maladie peut être stoppé par un diagnostic précoce, un traitement vigoureux et la prescription d'amoxicilline par voie générale. Quelquefois, on assiste à une reconstruction osseuse.».

Il s'agit donc d'une maladie prépubertaire qui se soigne.

3. Le médecin-dentiste conseil relève qu'en l'espèce, M. N._____ a maintenant 33 ans, âge très éloigné de la puberté. Les mesures de poches enregistrées en juillet 2009 font penser beaucoup plus à une parodontite de l'adulte. De plus, l'absence de suivi parodontal pendant 18 ans (sic) confirme le passage à une autre forme de parodontopathie.

Dès lors, la référence à la parodontite juvénile localisée est injustifiée et sans fondements réels.

La demande de prise en charge du traitement prévu est refusée. »

C. **a)** L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 10 mai 2010, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de cette décision en ce sens que les frais liés à ses lésions parodontales ou à sa parodontite sont pris en charge par A._____, et subsidiairement au renvoi de la cause à A._____ pour instruction complémentaire. Relevant que le litige porte uniquement sur la question de savoir si la parodontopathie diagnostiquée chez le recourant correspond à une parodontite juvénile progressive prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, le recourant précise d'emblée qu'il ne conteste pas que la parodontite de l'adulte n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, ni qu'il se trouve actuellement, à 33 ans, dans un «âge très éloigné de la puberté», comme le rappelle la décision attaquée. Il soutient en revanche, en se fondant sur l'avis de plusieurs médecins (Drs Z._____, M._____ et D._____), qu'il souffre d'une parodontite juvénile progressive, médicalement diagnostiquée comme une infirmité congénitale et non comme une parodontite de l'adulte, ceci en raison d'une part de son jeune âge lors de l'apparition des signes de parodontite, et d'autre part des soins qu'il a toujours apportés à l'entretien de ses dents. Il relève que la parodontite juvénile est une maladie qui peut, certes, faire son apparition à partir de la puberté, soit vers 11-15 ans, mais aussi «jusqu'à 25 ans», selon les auteurs Novak et Novak (1996) ou Lindhe (1998), que l'intimée cite également.

Après avoir rappelé la définition de la parodontite, le recourant expose que la littérature médicale utilise diverses classifications pour distinguer les différentes formes de parodontites (classification du World Workshop in Clinical Periodontics de 1989). Une classification différencie, d'une part, les formes adultes, d'autre part, les formes à progression rapide, juvéniles et prépubertaires. Une autre classification fait la distinction entre les parodontites de l'adulte, celles à début précoce

(prépubertaires, juvéniles, lésions à progression rapide), celles associées à des maladies systémiques, celles ulcéro-nécrosantes et celles réfractaires. Enfin, il existe une troisième classification distinguant entre les parodontites d'apparition précoce, les parodontites de l'adulte et les parodontites nécrosantes (Maladie parodontales, Expertise Collective INSERM, 1999). L'art. 17 let. b OPAS mentionne la parodontite prépubertaire et la parodontite juvénile progressive, de sorte qu'il emprunte manifestement la première classification établissant une distinction entre les formes adulte et les formes à progression rapide, juvéniles et prépubertaires.

En général, la parodontite de l'adulte débute vers la trentaine et est d'évolution lente (plus d'une dizaine d'années) avec quelques crises paroxysmiques au cours desquelles les gencives sont gonflées et saignent au moindre contact, notamment au brossage. Chez l'adolescent, cette parodontite peut se déclarer brutalement et évoluer très rapidement: c'est ce que les spécialistes nomment la parodontite juvénile aiguë. Elle se traduit par un état général souvent délabré avec fièvres et douleurs gingivales lancinantes. La gencive est violacée, se décolle et dégage une odeur fétide. Ces formes rares ont souvent une origine génétique et apparaissent pendant ou à la fin de l'émergence des dents temporaires (ou de lait). Les symptômes peuvent être particulièrement graves : atteinte de toute la gencive, destruction rapide de l'os alvéolaire avec mobilité puis perte des dents, infections ORL, voire même affections cutanées (Biotop, terminologie médicale).

Or, en l'espèce, c'est justement au début 1996, à la fin de l'émergence de ses dents temporaires et alors qu'il n'était âgé que de 19 ans, qu'une grosse poche parodontale a surgi, au niveau de la dent 46 et du septum 16-17, alors que le reste de la structure ne présentait pas de dommages. Comme l'a relevé le Dr D. _____ dans un rapport médical du 3 avril 1996, cette poche avait été vraisemblablement générée «par les inclusions de ses dents de sagesse qui (avaient) été récemment extraites». Les indications et analyses du Dr D. _____, effectuées en 1996 déjà sur un jeune homme de 19 ans, ont permis au Dr M. _____ de

retenir dans un rapport médical du 18 juin 1997 le diagnostic de «séquelle de parodontite juvénile localisée», diagnostic qui a par la suite été repris par le Dr Z._____ notamment dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2009.

Le recourant estime ainsi que c'est de manière un peu trop hâtive et empressée que l'intimée s'est concentrée sur le seul âge actuel de l'assuré pour écarter du revers de la main l'avis de trois spécialistes qui ont, quant à eux, examiné l'assuré et suivi son évolution. Pour le cas où des doutes devaient persister dans l'esprit de la cour, le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise afin de confirmer l'existence d'une parodontite juvénile. Il souhaite en outre que lui soient données l'occasion d'être entendu de vive voix par la cour de céans ainsi que la possibilité de faire entendre des témoins.

b) Dans sa réponse du 9 juillet 2010, A._____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle rappelle que conformément à l'art. 31 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), 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). Chacune de ces trois hypothèses fait l'objet d'une disposition d'application aux articles 17 à 19 OPAS. En l'espèce, il convient de se référer à l'art. 17 let. b OPAS, selon lequel l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les parodontopathies lorsqu'il s'agit de parodontite pré pubertaire (ch. 1), de parodontite juvénile progressive (ch. 2) ou d'effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3). Dès lors qu'il n'est pas contesté que l'on ne se trouve en l'espèce pas dans un cas d'application du chiffre 1 ni du chiffre 3, il reste à déterminer si les conditions de l'art. 17 let. b ch. 2 OPAS sont remplies, puisque le recourant affirme souffrir de parodontite juvénile progressive. A cet égard, l'intimée estime que les avis des Drs D._____ et M._____, remontant à plus de 10 ans, ne peuvent pas être pris en considération s'agissant de la situation actuelle. Par ailleurs, l'avis du médecin-dentiste conseil de l'assureur,

lorsqu'il est fondé sur l'analyse concrète du dossier et des éléments médicaux objectifs, doit se voir accorder plus de poids, vu l'indépendance du médecin-conseil établie à l'art. 57 al. 5 LAMal, qu'à celui du médecin-traitant de l'assuré, lequel 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.

L'intimée produit en outre un rapport complémentaire établi le 8 juillet 2010 par son médecin-dentiste conseil, le Dr F. _____ (avec en annexe un rapport d'examen bactériologique du parodonte du 27 juillet 2009 et un extrait de l'atlas de parodontologie de Rateitschak), dont il ressort ce qui suit :

« Le rapport d'examen bactériologique du parodonte, daté du 27 juillet 2009, montre l'absence des Aa (actinobacillus actinomycetemcomitans) considéré comme une des caractéristique fondamentale de la parodontite juvénile.

Dans l'atlas de parodontologie de Rateitschak (recte : Rateitschak), ouvrage détaillé et reconnu sur la parodontologie, il est même précisé l'invariable présence de l'Aa.

La mesure des poches parodontales datée du 21 juillet 09, confirmé par le status radiographique, fait état de poches modérées ne dépassant pas les 6 mm, avec une atrophie horizontale.

C'est le genre de situation typique de la parodontite de l'adulte. »

Se référant à ce rapport complémentaire et relevant que le fait qu'il n'y ait aucun suivi parodontal pendant 18 ans (recte : 12 ans) rend peu plausible l'existence d'une parodontite juvénile et fait penser à une parodontite de l'adulte, l'intimée conclut que l'on ne se trouve manifestement pas en l'espèce dans un cas de parodontite juvénile progressive, de sorte que les conditions ne sont pas réunies pour que l'assurance obligatoire des soins soit tenue de verser des prestations selon l'art. 17 let. b ch. 2 OPAS.

c) Dans sa réplique du 15 novembre 2010, le recourant estime que le rapport du Dr F. _____ du 8 juillet 2010 (cf. lettre C.b supra) n'est pas convaincant, dès lors qu'il n'émane pas d'un parodontologue, mais d'un médecin dentiste qui ni maîtrise pas cette spécialité, ce

contrairement au Dr Z._____, qui est spécialiste en parodontologie SSO. Ainsi, si une prééminence doit être donnée à une thèse dans la présente affaire, ce n'est pas à celle du Dr F._____, mais bien à la thèse de parodontite juvénile défendue par le Dr Z._____, à l'avis duquel se rallient les Drs M._____ et D._____. Selon le recourant, l'absence de spécialisation du Dr F._____ explique sans doute la raison pour laquelle il reste figé sur un seul critère, lequel n'est pas absolu, celui du taux de Aa ; ainsi, d'autres éléments, tels les leucotoxines (sérotypage b), les bactériocines, les facteurs immunosuppresseurs, les facteurs inhibant le chimiotactisme des leucocytes, la sécrétion de collagénases, le taux de PG ou la fonction phagocytaire, sont des facteurs de virulence qui entrent également en considération. Par ailleurs, la présence de AA n'est pas pathognomonique de la parodontite agressive et se retrouve également dans certaines parodontites chroniques. Quant à la mesure des poches parodontales et à leurs conséquences, les affirmations du Dr F._____ seraient bien trop hasardeuses sur le plan parodontologique, faute de rapport à l'âge, ce d'autant plus que celui-ci n'a pas eu l'occasion d'examiner la bouche du recourant. Au vu de ce qui précède, le recourant estime que soit la prééminence doit être donnée à la thèse de parodontite juvénile défendue par les spécialistes, soit une expertise médicale judiciaire doit être diligentée auprès d'un parodontologue averti, qui pourrait être le Dr C._____, spécialiste en parodontologie SSO à [...], ou le Prof. V._____, de la Division de physiopathologie buccale et parodontie de Université de [...]. Le recourant précise que vu la nature médicale du présent litige, l'expertise judiciaire semble plus adéquate que l'audition d'éventuels témoins, moyen qu'il maintient toutefois de manière subsidiaire.

d) Le 18 novembre 2010, le juge instructeur a informé les parties qu'après examen du dossier, il apparaissait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire, telle que requise par le recourant, et que vu la nature médicale du litige, l'audition de témoins, moyen que le recourant déclarait maintenir à titre subsidiaire, ne se justifiait pas ; en revanche, le recourant avait encore la possibilité, s'il le souhaitait, de produire un rapport médical.

e) Le 24 décembre 2010, soit dans le délai prolongé imparti pour produire un rapport médical complémentaire, le recourant a produit un rapport médical du Dr C._____, spécialiste en parodontologie SSO, du 17 décembre 2010, dont la teneur est la suivante :

« Je réponds bien volontiers à votre demande d'un avis d'expert dans le domaine de la parodontie à propos du cas cité en en-tête.

Tout d'abord, j'ai examiné avec attention la radiographie panoramique réalisée chez Monsieur N._____ le 5 mai 1995, alors qu'il était âgé d'environ 19 ans. Cette radiographie à elle seule établit d'une façon certaine l'existence d'une parodontite juvénile, probablement en cours de généralisation. Je cite à l'intention de mes collègues le numéro de référence des dents répondant de manière certaine à ce diagnostic : 17, 16, 26, 36, 35, 46, 47 et le numéro de référence des dents où un doute existe faute d'un document radiographique adapté : 15, 14, 12, 11, 24, 25, 32, 31, 41, 42. Pour traduire ces constatations autrement, pratiquement toutes les molaires sont touchées de manière certaine par la parodontite et un doute, qui ne peut être écarté par les documents fournis, existe pour les incisives et les prémolaires supérieures. J'ajouterai que 3 dents ont en 1995 déjà un pronostic sombre à cause de ce diagnostic : il s'agit de la 46, de la 16 et de la 17.

Le Dr D._____ le 3 avril 1996 écrivait : «...en fait le reste de la structure osseuse est à peu près correct...» et cette approximation parle en faveur de l'existence d'autres lésions. De même, le Dr M._____ le 18 juin 1997 préconise «... d'entreprendre une série de surfaçages radiculaires sur l'ensemble des deux arcades...», ce qui signifie réaliser un traitement parodontal de toutes les dents, considérées comme malades.

Dans son courrier du 8 juillet 2010 à A._____, mon collègue F._____ apporte des précisions qui ont attiré toute mon attention. Concernant la présence de la bactérie Aa, plus fréquemment présente en cas de parodontite juvénile, il cite une référence trop ancienne en affirmant avec l'atlas illustré (à l'usage des étudiants) de Rateitschak «...l'invariable présence de Aa...» Cette affirmation est obsolète et n'est pas considérée comme un critère nécessaire pour poser ce diagnostic, avant tout clinique et basé sur l'âge. De plus, dans le contexte du chapitre cité, on parle de la maladie dans sa phase à proprement parler juvénile, de Monsieur N._____ à l'âge de 19 ans, et non pas du patient à 34 ans. La flore bactérienne s'est forcément modifiée en 15 ans, ne serait-ce qu'à cause des traitements suivis. De plus, il suffit que Monsieur N._____ ait pris une seule fois une cure d'une semaine de pénicilline, ce qui est hautement probable, pour éradiquer le fameux Aa. La flore actuelle testée par le Dr Z._____ est très agressive et comporte des bactéries hautement pathogènes telles que tréponèmes, bactéroïdes, prévotelles, compatibles avec une parodontite juvénile progressive.

Toujours à propos de la lettre du 8 juillet à A._____, je suis étonné que mon collègue F._____ n'ait pas remarqué la poche de 9 mm sur 36 et les atteintes de 6 mm sur plusieurs incisives. Ces valeurs parlent d'une atteinte plus marquée sur les dents de référence pour la parodontite juvénile et ne sont pas typiques d'une parodontite simple.

La situation décrite par la fiche parodontale du Dr Z._____ du 21 juillet 2009 est claire au vu de ce qui précède. Le patient a perdu les dents 46 et 17 à cause de la parodontite juvénile. Une lésion profonde existe sur 36 distal comme en 1995. Les incisives sont également touchées, avec une atteinte qui peut de manière plausible être attribuée à la parodontite juvénile, sans pouvoir le confirmer par un document irréfutable.

A propos du cadre fixé par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, article 17, je rappelle que les assureurs ont obtenu une liste extrêmement réduite de maladies du parodonte non évitables, comprenant la parodontite pré-pubertaire (1/100000 enfants touchés) et la parodontite juvénile (1/10000 adolescents de 16 ans) et l'effet secondaire irréversible de médicaments, pour lequel je n'ai pas de chiffre à citer. En faisant une rapide estimation, cela représente au grand maximum 40 nouveaux cas dus à la parodontite juvénile et à la parodontite pré-pubertaire par année en Suisse à la charge des assureurs. Cette ordonnance ne fixe pas de limite dans le temps pour le droit au traitement assuré.

En conclusion, et comme tous mes collègues qui se sont exprimés à divers titre pour ce cas, sauf le médecin-dentiste conseil d'A._____, je suis certain que Monsieur N._____ présente bel et bien une forme de parodontite juvénile progressive justifiant médicalement la prise en charge de son traitement. Il serait d'ailleurs justifié, après la confirmation de la stabilisation de la parodontite, que mon collègue le Dr Z._____ demande à A._____ d'assumer également les frais de remplacement des dents 46 et 17, perdues à cause de cette maladie. »

Relevant que l'avis médical du Dr C._____ se recoupe avec celui des autres parodontologues s'étant prononcés en la cause, le recourant estime que celle-ci est désormais en l'état d'être jugée et précise qu'il renonce à tous moyens de preuves complémentaires.

f) Se déterminant le 14 janvier 2011, l'intimée indique qu'elle a soumis les explications du Dr C._____ à son médecin-dentiste conseil qui admet les conclusions de son confrère, au vu des nouvelles indications apportées par celui-ci. Par conséquent, l'intimée accepte de considérer que le traitement envisagé auprès du Dr Z._____ remplit les conditions pour être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins. Elle indique modifier dans ce sens les conclusions de sa réponse du 9 juillet

2010 et admettre le recours formé contre sa décision sur opposition du 12 avril 2010 qui est ainsi annulée.

g) Le 19 janvier 2011, le juge instructeur a informé les parties qu'un arrêt leur serait communiqué dans les meilleurs délais.

h) Par courrier du 26 janvier 2011, le recourant a demandé qu'il soit tenu compte, lors de l'allocation des dépens, des frais que lui a occasionnés l'expertise diligentée de façon privée auprès du Dr C._____.

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 (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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent au regard du domicile de l'assuré, est donc recevable.

b) La loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. (cf. lettre A.b supra), la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) L'art. 53 al. 3 LPGA dispose que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision

ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. En revanche, à un stade ultérieur de la procédure, soit notamment dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures ou de déterminations déposées après instruction complémentaire, l'assureur ne peut plus reconsidérer sa décision en rendant une nouvelle décision, mais il lui reste bien entendu loisible de se rallier aux conclusions du recours ; en tous les cas, il appartient alors au juge de statuer sur le recours, en raison de l'effet dévolutif de celui-ci (cf. ATF 127 V 228 consid. 2b/bb).

2. a) Selon l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires (a) s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou (b) s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou (c) s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues aux art. 26 (mesures de prévention), 29 al. 2 (maternité) et 31 al. 1 (soins dentaires) de la loi. Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de désigner, après avoir consulté la commission compétente, les mesures de prévention visées à l'art. 26, les prestations en cas de maternité visées à l'art. 29 al. 2 et les soins dentaires visés à l'art. 31 al. 1 de la loi (art. 33 let. d de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal; RS 832.102]). Sur la base de cette sous-délégation, le département a déterminé les soins dentaires pris en charge aux art. 17 à 19a de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31).

b) Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication qui ouvrent le droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal figurent notamment, aux termes de l'art. 17 let. b OPAS, les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies), lorsqu'il s'agit de parodontite pré pubertaire (ch. 1),

de parodontite juvénile progressive (ch. 2) ou d'effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3).

c) En l'espèce, il résulte clairement du rapport médical établi le 17 décembre 2010 par le Dr C._____, spécialiste en parodontologie SSO (cf. lettre C.e supra), qui satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1), que le recourant présente bel et bien une forme de parodontite juvénile progressive, au sens de l'art. 17 let. b ch. 2 OPAS, qui justifie médicalement la prise en charge du traitement litigieux, comme l'admet d'ailleurs l'intimée (cf. lettre C.f supra). C'est donc à tort que l'intimée a refusé la demande de prise en charge du traitement prévu auprès du Dr Z._____ par sa décision sur opposition du 12 avril 2010 (cf. lettre B.c supra), comme elle l'a admis dans ses déterminations du 14 janvier 2011 (cf. lettre C.f supra).

3. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée doit être réformée, en admission des conclusions principales prises par le recourant (cf. lettre C.a supra), en ce sens qu'A._____ doit prendre en charge les coûts des soins dentaires envisagés auprès du Dr Z._____ selon rapport de ce dernier du 1^{er} novembre 2009 (cf. lettre A.b supra).

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'500 fr., compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS; RSV 173.36.52]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 12 avril 2010 par l'intimée A._____, assurance maladie et accident, est réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les coûts des soins dentaires à prodiguer au recourant selon le rapport du Dr Z._____ du 1^{er} novembre 2009.

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

- IV. Une indemnité de 2'500 (deux mille cinq cents) francs, à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'intimée.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Didier Elsig (pour le recourant),
- A._____, caisse maladie et accident,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :