

BGer K 48/03 vom 3. Juni 2004

Bundesgericht, 2004-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_48_03

FR: TF K 48/03 du 3 juin 2004

IT: TF K 48/03 del 3 giugno 2004

Regeste

Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAMal en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). En outre, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b).

E. 2.1

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 , ils sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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 encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

E. 2.2

Conformément à l' art. 33 al. 2 et 5 LAMal , en liaison avec l' art. 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17, 18 et 19 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal. 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 129 V 83 consid. 1.3, 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 185).

E. 3.1

En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal). Aux termes de l' art. 19a al. 1 OPAS , l'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'al. 2, lorsque les traitements sont nécessaires après la vingtième année (let. a) ou que les traitements sont nécessaires avant la vingtième année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b).

E. 3.2

L' art. 27 LAMal a pour but de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC. Selon la jurisprudence, l'assurance-maladie doit prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité dès que celle-ci met un terme à ses prestations. Ainsi, par exemple, elle doit suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale au sens de l' art. 1 al. 1 OIC ne peuvent plus être prises en charge par l'assurance-invalidité (art. 13 al. 1 LAI) ou lorsque, en raison de son importance minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI ; ATF 126 V 107 s. consid. 3b/aa et la référence; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], p. 78 n. 153 avec renvoi aux notes de bas de page 327 et 328, et p. 104 n. 209 avec renvoi à la note de bas de page 453). En outre, l'assurance obligatoire des soins doit allouer ses prestations en vertu de l' art. 27 LAMal pour un enfant atteint d'infirmité congénitale lorsque les conditions d'assurance prévues à l' art. 6 LAI ne sont pas réalisées (ATF 126 V 103). Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale au sens de l' art. 27 LAMal n'ouvrent toutefois droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l' art. 31 al. 1 LAMal sont réalisées (ATF 129 V 81).

E. 3.3

Le Tribunal fédéral des assurances a précisé ces principes dans un arrêt récent, B. du 22 avril 2004, K 139/02, prévu pour la publication dans le Recueil officiel. Aux termes de cette jurisprudence, seuls doivent être considérés comme nécessaires après la vingtième année (art. 19a al. 1 let. a OPAS) les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, en raison d'une indication médicale, requièrent des soins après l'accomplissement de la vingtième année. C'est pourquoi l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne peut être appelée à prendre en charge des frais occasionnés par des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'accomplissement de la vingtième année - partant, être pris en charge par l'assurance-invalidité - et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie.

E. 4.1

En l'occurrence, la division palatine, en tant qu'infirmité congénitale selon l' art. 19a al. 2 ch. 13 OPAS (cheilo-gnatho-palatoschisis), est une maladie grave et non évitable du système de la mastication au sens de l' art. 31 al. 1 let. a LAMal .

E. 4.2

Cette affection a nécessité la mise en place, en 1982, d'un pont sur les dents nos 11, 21, 22 et 23, intervention qui a été prise en charge par l'assurance-invalidité, au titre de mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale. Le traitement dont la prise en

charge est requise consiste dans la mise en place d'une nouvelle prothèse partielle et le rescellement du pont. S'il se vérifie qu'il a été rendu nécessaire par l'infirmité congénitale - parce qu'une usure de l'appareil mis en place en 1982 nécessitait un nouveau traitement prothétique (cf. ci-dessous) -, il va de soi que ce traitement ne pouvait pas être exécuté avant l'accomplissement de la vingtième année, époque à laquelle un pont venait d'être mis en place à la charge de l'assurance-invalidité.

E. 5

Il convient d'examiner si le traitement effectué par le docteur M. _____ a été rendu nécessaire par l'infirmité congénitale précitée (cf. ATF 129 V 88 consid. 6.1), en d'autres termes, s'il existe un lien de causalité entre celle-ci et la nécessité d'administrer ledit traitement.

E. 5.1

Selon le premier juge, la relation de causalité entre la division palatine et le traitement en question ne dépasse pas le degré de la possibilité, dès lors que la carie de la dent no 23, qui a nécessité l'extension du pont aux dents nos 24 et 25 - lequel pont a dû être réparé en 2000 - est due essentiellement à des facteurs étrangers à l'infirmité congénitale, à savoir une hygiène dentaire insuffisante. De son côté, le recourant soutient que le traitement administré par le docteur M. _____ était rendu nécessaire non pas par une carie mais par l'infirmité congénitale. Il se réfère pour cela aux avis du médecin prénommé et du docteur L. _____.

E. 5.2

Dans un premier temps, le docteur M. _____ s'est contenté d'indiquer que le traitement prodigué était directement lié à la présence de la division palatine (attestation du 11 avril 2001). Ultérieurement, il a précisé que la problématique prothétique ne se serait jamais posée sans l'affection congénitale et qu'une restauration prothétique ne peut, par définition, jamais être considérée comme éternelle ou définitive (lettre du 16 juillet 2001). A cet égard, le docteur L. _____ a précisé que le descellement des pivots nos 24 et 25 - qui a nécessité le traitement du docteur M. _____ - était dû à une défectuosité du matériel de fixation (lettre du 4 mai 2000). De son côté, le docteur P. _____, médecin-dentiste conseil de la caisse, est d'avis que le descellement de l'appareil prothétique ne se serait pas produit si l'on avait pu conserver la dent no 23 qui a la racine la plus longue et la plus grosse de la mâchoire. Comme cette dent a dû être extraite en raison d'une profonde carie - ce que le docteur L. _____ atteste également - le descellement de la prothèse et, partant, la nécessité d'un traitement apparaissent comme les conséquences d'une affection qui n'ouvre pas droit à prestations de l'assurance obligatoire des soins (lettre du 13 septembre 2002).

E. 5.3

Sur le vu de ces renseignements médicaux, il apparaît que la fente palatine dont est atteint le recourant a nécessité la mise en place, en 1982, d'un pont s'étendant aux dents nos 11, 21, 22 et 23. Ce traitement prothétique a été pris en charge par l'assurance-invalidité au titre de mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale. En raison d'une profonde carie de la dent no 23, cet appareil a dû toutefois être remplacé en 1993 par une nouvelle prothèse plus grande englobant les pivots nos 24 et 25. Enfin, à la suite du descellement desdits pivots, le docteur M. _____ a procédé à la mise en place d'une prothèse partielle et à un rescellement du pont. Cela étant, il apparaît vraisemblable que le traitement administré par le médecin prénommé est dû à l'extension du pont nécessitée par

la carie de la dent no 23. Dans ce cas, il n'y aurait pas de lien de causalité entre la nécessité d'effectuer ce traitement et l'infirmité congénitale. Cependant, il n'est pas non plus exclu qu'une usure de l'appareil mis en place en 1982 nécessitât un nouveau traitement prothétique en 2000. Le cas échéant, l'exigence d'un lien de causalité serait réalisée mais l'intimée ne devrait prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, que les frais inhérents au traitement prothétique des dents nos 11, 21, 22 et 23 qui avaient fait l'objet d'un appareillage en 1982. En l'espèce, on ignore cependant si la prothèse partielle mise en place par le docteur M. _____ se rapporte aux dents susmentionnées ou seulement aux dents nos 24 et 25. Vu ce qui précède, il est nécessaire de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle complète l'instruction sur ces points et rende une nouvelle décision sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge du traitement prodigué par le docteur M. _____. Ce faisant, elle tiendra compte du fait que le recourant a cessé d'être assuré auprès de l'intimée après le 31 décembre 2000. La conclusion subsidiaire du recours se révèle ainsi bien fondée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.