

GE_GERICHTE ATAS/1060/2011 vom 9. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1060_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1060/2011 du 9 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1060/2011 del 9 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours respecte le délai et la forme prescrits par la loi (art. 56 ss LPGA). Se pose toutefois la question de l'objet du litige et de la recevabilité de certaines conclusions de la recourante. En effet, dans la décision sur opposition présentement contestée, l'intimée se réfère seulement à l'évaluation d'honoraires de 1'813 fr. 50 que le Dr B _____ lui a adressée le 8 octobre 2009 à l'intimée et la note d'honoraires du 29 octobre 2009 de 1'980 fr. pour soins donnés du 3 septembre au 1er octobre 2009, sur la base de ce devis. Or, la recourante conclut également à la prise en charge du solde d'honoraires de 1'700 fr. que ce médecin lui a facturé le 4 août 2009, sur la base du devis de 3'516 fr. du 8 décembre 2008, de la note d'honoraires de 2'440 fr. du 26 mars 2010, de 410 fr. du 25 mai 2010, de 990 fr. du

E. 3

a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références; pour la procédure d'opposition : ATF 119 V 347; MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui ne font

dès lors pas partie de l'objet de la contestation, ne peuvent être examinées par le juge. b) Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, soit le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

E. 4

a) En l'espèce, la recourante a demandé à l'intimée le 8 mars 2010 de préciser sur quelle base légale elle s'était fondée pour limiter sa participation aux mesures d'hygiène et de prophylaxie. Dans sa décision du 23 juin 2010, l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement des caries, sans autre précision, au motif que celles-ci étaient évitables, en l'absence d'un suivi prophylactique. Ce n'est que dans sa décision sur opposition présentement contestée que l'intimée limite l'objet de sa décision aux honoraires de 1'813 fr. 50 du Dr B _____. Cela étant, il y a lieu de considérer que, d'une part, la recourante a demandé une décision formelle motivée non pas seulement pour les honoraires évalués à 1'813 fr. 50, mais également pour tous les autres traitements qui ont été refusés jusqu'à lors par l'intimée. D'autre part, il convient de constater que l'intimée a omis de statuer sur l'opposition de la recourante aux refus de prise en charges des autres devis et factures qui lui étaient parvenus à la date du 23 juin 2010. c) L'intimée objecte qu'en ce qui concerne la note d'honoraires du 4 août 2009 pour le solde de 1'700 fr., que celle-ci a fait l'objet d'une prise de position claire de sa part. Il est vrai que l'intimée a informé le 20 avril 2009 le Dr B _____, avec copie à la recourante, qu'après entretien téléphonique avec ce médecin, la prise en charge du traitement devisé le 8 décembre 2008 à 3'516 fr. était limitée aux composites. Toutefois, il ne s'agissait pas d'une décision formelle.

A/4058/2010 - 13/20 - Or, l'art. 49 al. 1 LPGA prescrit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions portant sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. En vertu de l'al. 3 de cette disposition, les décisions doivent indiquer les voies de droit et être motivées, si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances et injonctions autres que celles visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. L'intéressé peut exiger une décision formelle (al. 2). Lorsque l'assureur omet de statuer par une décision formelle, alors qu'il y est tenu légalement, l'art. 51 al. 2 LPGA s'applique par analogie et l'assuré est en droit de demander à l'assureur une décision formelle, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ce droit s'éteint en règle générale une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive, notamment lorsqu'il s'agit d'un assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est opposable (ATF 134 V 145). En l'occurrence, l'intimée était sans conteste tenue de rendre une décision formelle, s'agissant d'un refus de prestations. La recourante était donc en droit de demander une décision formelle, ce qu'elle a fait par courrier du 3 mai 2010, sous la plume de son conseil. Toutefois, cette demande est intervenue plus d'une

année après le refus partiel des prestations en date du 20 avril 2009. Celui-ci était par ailleurs clair, dans le sens qu'il ne permettait en principe pas de supposer que l'intimée poursuivrait l'instruction du cas, de sorte qu'il n'y a pas lieu de prolonger le délai d'une année. Par conséquent, le droit de demander une décision formelle concernant cette note d'honoraires était éteint le 3 mai 2010, de sorte que l'intimée était en droit de ne plus y statuer. Partant, cette dernière note ne fait pas l'objet du litige. d) Il n'en demeure pas moins que l'intimée aurait dû statuer sur l'opposition de la recourante concernant la facture du 26 mars 2010 d'un montant de 2'450 fr., reçue par l'intimée le 21 avril 2010, selon son écriture du 19 juillet 2011. Il convient par conséquent de lui renvoyer la cause pour qu'elle rende une décision sur opposition à ce sujet. Toutefois, au moment de sa décision initiale du 23 juin 2010, l'intimée n'avait pas encore reçu les autres factures dont la recourante demande le remboursement, soit celle du 25 mai 2010 d'un montant de 410 fr., du 3 août 2010 d'un montant de 990

A/4058/2010 - 14/20 - fr. et du 24 décembre 2010 d'un montant de 6'330 fr. Celles-ci ne peuvent donc avoir fait l'objet de cette décision ni par conséquent de l'opposition. Néanmoins, dès lors que la recourante demande leur remboursement, il appartiendra à l'intimée de rendre des décisions formelles à leur sujet, de sorte que la cause lui sera également renvoyée pour ce faire. f) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'étendre l'objet du litige aux factures non prises en compte, dès lors que l'intimée ne s'est pas exprimée à leur sujet, si ce n'est que de manière très générale par des considérations sur les caries évitables et les mesures prophylactiques qui auraient été requises. Or, il faudrait examiner pour chaque note d'honoraires quelles dents ont été soignées et en quoi ces soins ont consisté, afin d'établir le lien de causalité avec la radiothérapie subie.

E. 5

Aux termes de l'art. 31 al. 1 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. Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal, 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. 3 al. 1 LAMal. Ces dispositions concrétisent ainsi les cas dans lesquels les traitements appliqués relèvent des prestations obligatoires. L'art. 17 OPAS énumère la liste des 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. Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication ouvrant droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins figurent les maladies dentaires telles que granulome dentaire ou dislocations dentaires, les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies), les maladies de l'os maxillaire et des tissus mous, les maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion, les maladies du sinus maxillaire et les dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladies (syndrome de l'apnée du sommeil, troubles graves de la déglutition ou asymétries graves cranio-faciales; cf. art. 17 OPAS). L'art. 18 OPAS prescrit que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par d'autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leurs

traitements (art. 31 al. 1 let. b LAMal); il s'agit de maladies qui ne sont pas comme A/4058/2010 - 15/20 - telles des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier. Sont considérées notamment comme une telle maladie les maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de la mastication (al. 1 let. c ch. 7). Cependant, aux termes de l'art. 18 al. 2 OPAS, entrée en vigueur le 1er juillet 2002, les prestations mentionnées à l'al. 1 de cette disposition ne sont remboursées que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance assume 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. Conformément à l'al. 2 ch. 36 de cette dispositions constitue une telle infirmité une épilepsie congénitale. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance-maladie selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 127 V 332 consid. a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4). b) L'atteinte de la fonction masticatoire résultant d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si la maladie psychique rendait impossible une hygiène buccale suffisante (ATF 128 V 70). En effet, l'affection doit être objectivement non évitable, ce qui 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 p. 63) 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 p. 65)

E. 6

a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

A/4058/2010 - 16/20 - assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219

consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 7

a) En l'occurrence, les parties admettent que les conditions de l'art. 18 al. 1 let. c chiffre 7 OPAS sont réalisées, sous la réserve de l'inévitabilité de la maladie et du lien de causalité.

b) Selon l'intimée, les problèmes dentaires auraient toutefois pu être évités par une bonne hygiène buccale et dentaire. Il convient en premier lieu de constater que la recourante a pu garder ses dents en dépit d'un traitement de radiothérapie, pour lequel les médecins préconisent généralement d'arracher toutes les dents en raison du risque d'infection pendant les traitements. Ce fait constitue dès lors un premier indice de ce que l'état de la dentition de la recourante était, au début du traitement, satisfaisant, voire bon. Par ailleurs, pendant le traitement, la recourante était suivie pour la prophylaxie par l'équipe des hygiénistes de l'Ecole de médecine dentaire, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme l'a attesté le Dr B_____ dans le courrier qu'il a adressé à la Cour de céans le 7 avril 2011. Preuve en est également que le Prof. E_____ a certifié le 9 août 2010 que les problèmes dentaires depuis mai 2006 sont en rapport avec le carcinome d'une amygdale, de sorte que les soins en relation avec ces problèmes sont des prestations obligatoires, « y compris les soins réalisés par l'hygiéniste dentaire qui, pour des raisons administratives, sont facturés par l'Hôpital Cantonal ». Cela étant, il n'y a pas lieu de douter que la recourante ait fait l'objet d'une prise en charge par l'Ecole de médecine dentaire dans les règles de l'art pour ce qui concerne l'hygiène dentaire. Cela explique dès lors que la recourante n'ait pas fait l'objet de contrôles ni de séances d'hygiène dentaire pendant cette période chez son médecin-dentiste de l'époque, le Dr A_____. Enfin, à aucun moment, la recourante a avoué, lors de son audition devant le Tribunal, qu'elle n'a pas effectué des mesures prophylactiques depuis 2006, comme le fait valoir l'intimée. Elle a au contraire

A/4058/2010 - 17/20 - déclaré avoir toujours pris soin de ses dents, en les brossant, en utilisant du fil dentaire, en les faisant contrôler une fois par an ou par deux ans et en les faisant nettoyer par un hygiéniste dentaire. Le fait que personne ne lui ait recommandé de prendre des mesures plus conséquentes pendant la durée de la radiothérapie n'implique pas qu'elle ne se soit pas faite suivre par un hygiéniste dentaire pendant cette période. En ce qui concerne l'allégation de l'intimée, selon laquelle la recourante a dû être motivée par le Dr A_____ pour les soins prophylactiques, il convient de considérer que cela n'est guère pertinent, s'agissant de mesures antérieures au traitement. En effet, il s'agit de déterminer en l'espèce si pendant et après le traitement la recourante a observé les mesures d'hygiène dentaire nécessaires, compte tenu de la radiothérapie subie. De surcroît, le fait qu'il y ait eu des séances de motivation ne signifie pas forcément que la patiente n'était pas motivée. De telles séances peuvent être organisées aussi de manière systématique pour inciter les patients à une bonne hygiène dentaire, indépendamment de leur motivation au départ. Il est vrai que la recourante ne disposait pas de gouttières de fluoruration pendant les sept premiers mois de la radiothérapie, alors que la littérature médicale et le médecin-dentiste N_____, dans son courrier électronique du 21 mai 2011, estiment que les gouttières de fluoruration doivent être réalisées, à titre préventif, déjà avant cette thérapie. Cependant, il s'agit en l'occurrence éventuellement d'une erreur ou d'une négligence des médecins qui

ont suivi la recourante et qui ont tardé à lui prescrire des gouttières de fluoruration. Cette erreur éventuelle ne saurait toutefois être retenue à son encontre, dès lors qu'elle n'est pas spécialiste en la matière. Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, il doit être retenu que la recourante a suivi des séances d'hygiène dentaire et qu'elle a observé toutes les mesures recommandées par les médecins durant et après le traitement. Partant, les problèmes dentaires consécutifs à la radiothérapie doivent être considérés comme inévitables. c) L'intimée fait encore valoir que les problèmes dentaires ne sont pas uniquement dus au manque de salive, mais au nombre des obturations et à leur ancienneté, sur la base de l'avis du Dr D _____ du 8 juin 2010. Toutefois, ce faisant ce médecin admet implicitement que l'hyposialie est une des causes de ces problèmes. Il convient par ailleurs de relever que les problèmes dentaires de la recourante consistaient en particulier dans l'effritement de ses dents et des fractures, sans facteur extérieur, comme il résulte du courrier du 7 avril 2011 du Dr B _____ . Le devis litigieux concerne précisément trois dents fracturées, à savoir les dents 41, 31 et 32. Or, une telle atteinte doit être considérée comme étant typique des effets de

A/4058/2010 - 18/20 - la radiothérapie. En effet, le Dr B _____ a expliqué que les radiations induisent aussi une dévitalisation des dents qui conduisent à des fractures "spontanées". Le devis en cause concerne aussi le changement d'une restauration défectueuse de la dent 23. Il s'agit donc sans conteste d'une dent déjà réparée. Il ne saurait toutefois être considéré que, de ce seul fait, le lien de causalité entre la nécessité de changer l'obturation et la radiothérapie soit rompu, même si les obturations constituent un facteur de risque pour des infiltrations dans le cadre d'une telle thérapie, selon les explications du Dr B _____. Car le risque accru est précisément dû à l'effritement des marges obturations-dents provoqué par la radiothérapie. L'obturation de la dent 23 n'était par ailleurs pas ancienne, dès lors qu'elle a fait l'objet du devis du 29 avril 2008 du Dr B _____. Par conséquent, le lien de causalité doit également être admis pour la réparation de cette dent. Au vu de ce qui précède, il appartient à l'intimée de rembourser les honoraires relatifs aux soins qui ont fait l'objet du devis du 8 octobre 2009 et qui ont été évalués à 1'813 fr. 50.

E. 8

La recourante réclame également des intérêts moratoires sur cette somme. a) Conformément à l'art. 26 al. 1er LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. b) En l'espèce les soins du devis du 8 octobre 2009 ont été réalisés entre le 3 septembre et le 1er octobre 2009, comme il ressort de la note d'honoraires y relative du 29 octobre 2009. Partant, il y a lieu d'admettre que la créance en remboursement est née le 1er octobre 2009. Les intérêts moratoires ont donc commencé à courir à partir du 1er octobre 2011, étant précisé que la recourante a réclamé la prise en charge de ces soins le 8 octobre 2009 déjà, par l'intermédiaire du Dr B _____, et qu'elle a réitéré sa demande par la suite à plusieurs reprises, la dernière fois en sollicitant une décision formelle en du 3 mai 2010.

E. 9

Cela étant le recours sera admis dans la mesure où il est recevable et l'intimée condamnée à rembourser à la recourante la somme de 1'813 fr. 50, sous déduction le cas échéant de la franchise et de la quote-part à la charge de la recourante, avec intérêts de 5% dès le 1er octobre 2011. La cause sera par ailleurs renvoyée à

A/4058/2010 - 19/20 - l'intimée afin qu'elle statue sur l'opposition de la recourante concernant le refus de prise en charge de la facture du 26 mars 2010 du Dr B_____, et afin qu'elle rende une décision formelle concernant les factures du 25 mai 2010, du 3 août 2010 et du 24 décembre 2010 du Dr B_____.

E. 10

La recourante obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. ***

A/4058/2010 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

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