

GE_GERICHTE ATAS/1487/2008 vom 17. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1487_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1487/2008 du 17 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1487/2008 del 17 dicembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

L'objet du litige est la question de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge le traitement dentaire pratiqué à l'étranger par le Dr L_____.

E. 4

L'intimé se prévaut en premier lieu du fait qu'il s'agit d'un traitement médical entrepris volontairement à l'étranger pour refuser sa prise en charge. a) Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b). Selon l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal, les traitements prodigués à l'assuré ne sont pris en charge par l'assurance qu'en cas d'urgence, à savoir lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir (cf. ATFA non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1). Même dans les cas où un retour en Suisse est inapproprié - ce qui correspond à un cas d'urgence selon l'art. 36 al. 2 OAMal - la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b). b) En l'espèce, il n'est pas contesté que le cas d'urgence n'est pas réalisé ni que le traitement implantaire aurait pu être prodigué également en Suisse. Partant, les conditions légales pour la prise en charge de ce traitement entrepris à l'étranger ne sont en principe pas remplies.

E. 5

Se pose cependant la question de savoir si l'obligation de rembourser ce traitement découle d'une violation du devoir de renseignement et de conseil, du fait que l'intimée n'a pas informé immédiatement le recourant, dès réception du courrier de son épouse du 18 octobre 2006, qu'un traitement volontaire à l'étranger ne pouvait être remboursé. En effet, selon l'art. 27 LPGA, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27 LPGA correspond à l'art. 35 du projet de LPGA. Ainsi que cela ressort du rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999 (FF 1999 V 4229), l'al. 1 pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées. Cette obligation de renseigner sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. La formulation « personnes intéressées » ne veut pas dire que ceux qui désirent obtenir des renseignements doivent d'abord faire preuve de leur intérêt. L'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Tout assuré a droit à des conseils relatifs à ses droits et à ses obligations, gratuitement de la part de son assureur. Cette obligation de conseil ne s'étend qu'au domaine de compétences de l'assureur interpellé et elle constitue une forme de codification de la pratique précédente. Les renseignements peuvent également être communiqués par des non-juristes. Au contraire de l'obligation générale de renseigner, les conseils doivent porter sur un cas précis. Selon l'al. 3, l'assureur n'est pas obligé d'entreprendre des recherches afin de déterminer si l'assuré ou ses proches peuvent prétendre à des prestations d'autres assurances sociales. De l'avis de plusieurs auteurs, le but du conseil visé à l'art. 27 al. 2 LPGA est de permettre à la personne intéressée d'adopter un comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (Jacques-André SCHNEIDER, Informations et conseils à l'assuré dans les assurances sociales: le tournant de la LPGA in *Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle*, organe pour les publications officielles de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP, Ed. Stämpfli Verlag AG, Berne 2007, p. 80.)

A/2751/2007 - 11/17 - Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a largement repris les travaux législatifs et doctrinaux relatifs à l'art. 27 LPGA, mais n'en a pas déterminé l'étendue. Il a cependant estimé que dans le cadre du devoir de conseils (art. 27 al. 2 LPGA), l'assureur devait rendre la personne assurée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472) et qu'il n'existait pas de motif évident d'abandonner l'assimilation de la violation d'un devoir légal de renseigner à une déclaration erronée après la codification d'une telle obligation dans la LPGA (ATF 131 V 472 consid. 4 et 5). Il a précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

E. 6

En ce qui concerne la preuve, 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 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).

E. 7

En l'espèce, l'intimée a demandé, après réception du courrier du 18 octobre 2008 de l'épouse du recourant, des renseignements au Dr L _____ concernant le traitement de prophylaxie et de prévention entrepris. Par cette demande de renseignements, elle a donné l'impression au recourant que l'intervention dentaire, quoique effectuée à l'étranger, pourrait éventuellement être prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, en omettant de rendre son assuré immédiatement attentif au fait que son comportement, à savoir entreprendre un traitement à l'étranger, pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations, elle a failli à ses obligations.

E. 8

Reste à déterminer la sanction juridique de cette omission. La violation des devoirs mentionnés à l'art. 27 LPGA entraîne les mêmes conséquences que celles induites par la violation du principe de la bonne foi. Encore faut-il que toutes les conditions en soient remplies. En particulier, on déterminera si l'absence de renseignement ou de conseil a bel et bien conduit l'administré à un comportement préjudiciable. La protection de la bonne foi de l'administré n'a en effet pas lieu d'être protégée s'il n'y a pas de lien de causalité

A/2751/2007 - 12/17 - entre le renseignement erroné donné ou le défaut de renseignement et les dispositions prises par l'intéressé. Si ce lien de causalité est établi, l'intéressé mal renseigné doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été s'il avait été mis en situation de réagir par rapport à des renseignements corrects et complets. On doit alors en principe supposer qu'il aurait adopté un comportement raisonnable. En revanche, si les circonstances tendent à démontrer que tel n'aurait pas été le cas, l'intéressé ne pourra pas se prévaloir d'une violation de l'art. 27 LPGA (SCHNEIDER, op. cit. p. 57)

E. 9

En l'occurrence, le recourant a déclaré en audience de comparution personnelle qu'il ne savait pas comment il aurait réagi, si l'intimée lui avait dit d'emblée qu'un traitement volontaire à l'étranger ne pouvait être pris en charge. Son épouse a indiqué que le courrier du 3 novembre 2006 de l'intimée au Dr L _____ leur avait fait croire que la prise en charge du traitement n'était pas exclue. Au vu de la situation financière du recourant et de son épouse, qui les a obligés à attendre plusieurs années avant d'entreprendre le traitement en cause, il sied cependant d'admettre qu'un comportement raisonnable aurait été d'annuler l'opération prévue et de s'adresser à un dentiste à Genève, afin de pouvoir être éventuellement remboursé des frais conséquents y relatifs. Certes, il était très difficile d'obtenir un rendez-vous chez le Dr L _____ pour l'intervention en cause, et les délais

d'attente étaient longs, raison pour laquelle le recourant n'avait pas attendu la réponse de l'intimée concernant la prise en charge du traitement. Toutefois, il avait déjà repoussé l'intervention pendant plusieurs années, de sorte que quelques mois de plus ne faisaient guère la différence. Par ailleurs, à réception de la copie du courrier du 3 novembre 2006 de l'intimée au Dr L_____, le recourant aurait été encore dans les délais pour annuler le rendez-vous pris pour ledit traitement. Ainsi, le Tribunal de céans estime qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'intimée a amené le recourant à un acte préjudiciable à ses intérêts, par l'omission de le renseigner de façon complète.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recourant doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été, s'il avait pu réagir par rapport aux renseignements corrects et complets, à savoir s'il s'était adressé à un dentiste suisse en vue de la réalisation des implants dentaires. Il y a par conséquent lieu d'examiner si les conditions légales de la LAMal pour un traitement dentaire réalisé en Suisse étaient réalisées.

E. 11

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.

A/2751/2007 - 13/17 - 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). Selon la jurisprudence, est "évitable" toute maladie du système de la mastication, notamment la carie et la parodontite, qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire (ATF 125 V 19 consid. 3a; RAMA 2002 p. 109 consid. 3b; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1). 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 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 remboursés 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 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. Conformément à l'al. 2 ch. 36 de cette dispositions constitue une telle infirmité une épilepsie congénitale.

A/2751/2007 - 14/17 - 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).

E. 12

a) En l'occurrence, il sied en premier lieu de constater qu'aucune des maladies citées à l'art. 17 OPAS n'est présente. Les conditions légales de l'art. 19 OPAS ne sont pas non plus réalisées. b) Par ailleurs, il ne peut non plus être admis, avec un degré de haute vraisemblance, que le recourant souffre d'une épilepsie congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 36 OPAS. En effet, comme il l'a déclaré lors de l'audience de comparution personnelle, on ignore si son épilepsie constitue une maladie congénitale. S'agissant d'une maladie qui s'est déclarée après la majorité du recourant, cela paraît en outre peu probable.

E. 13

Se pose dès lors la question de savoir si l'intimée aurait dû prendre en charge un traitement effectué en Suisse, en application de l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS. a) Le recourant fait à cet égard valoir que le traitement dentaire a été rendu nécessaire en raison du traitement médicamenteux de ses atteintes psychiques graves. Selon la jurisprudence, cela peut justifier la prise en charge d'un traitement dentaire (RAMA 2002, p. 111, consid. 5 b). En l'espèce, il est incontestable que le recourant souffre de plusieurs maladies psychiques graves, pour lesquelles il doit prendre de nombreux médicaments psychotropes. Il y a également une atteinte grave de la fonction de la mastication, dès lors qu'il a perdu de nombreuses dents. Quant au lien de causalité entre la prise des médicaments et les lésions dentaires, il résulte des attestations du Dr O_____ du 23 novembre 2006 et du 1er février 2008 que les médicaments psychotropes et antiépileptiques, que le recourant doit prendre, ont des effets secondaires au niveau salivaire, ce qui peut entraîner un endommagement au niveau dentaire. Cela est aussi confirmé par le Dr M_____, dans son attestation du 28 novembre 2006. Le Dr R_____ a en outre certifié le 22 janvier 2008 que les maladies du recourant ont engendré un bruxisme et des lésions dentaires. Quant aux médicaments psychiatriques et anticomitiaux, ils y ont également contribué. Ce dernier médecin a précisé qu'un essai par une prothèse n'avait pas permis d'améliorer la situation, mais l'avait au contraire aggravée. Des informations relatives aux médicaments prescrits au recourant, il ressort aussi que ceux-ci peuvent engendrer une sécheresse buccale. Cependant, les médecins-conseil de l'intimée le contestent. Celle-ci n'a cependant pas produit leurs rapports. De surcroît, les avis de ces médecins, rapportés dans le

A/2751/2007 - 15/17 - courrier du 31 mars 2008 de l'intimée, ne sont guère étayés. Au contraire, les informations professionnelles du Compendium suisse mentionnent, pour les médicaments prescrits au recourant, une sécheresse buccale à titre d'effet secondaire à des degrés divers, d'occasionnel à très fréquent. Cela étant et compte tenu de ce que le recourant a consommé pendant des années non seulement un des médicaments psychotropes pouvant

provoquer un tel effet, mais une combinaison de ceux-ci, et des avis unanimes des ses nombreux médecins traitants, le Tribunal de céans admettra qu'in casu les lésions dentaires sont selon toute vraisemblance consécutives à cette médication. Il convient à cet égard de relever que le Tribunal fédéral des assurances a également jugé, concernant une personne atteinte d'une grave dépression et traitée par médicaments, que ceux-ci étaient la cause de lésions dentaires, de sorte que le traitement devait être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (RAMA 2002, p. 111 consid. 5c). b) Il sied en outre d'examiner si le traitement dentaire aurait pu être évité par une bonne hygiène buccale et dentaire. Selon la Dresse V _____, le patient venait aux contrôles dentaires tous les six mois, suivait un traitement avec bain de bouche et brossage trois fois par jour, selon sa prescription et l'avis de son épouse, qui avait travaillé dans un cabinet d'orthodontie. Selon son médecin, son hygiène buccale était suffisante et correcte. Compte tenu de ces déclarations, le Tribunal de céans estime, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a fait tout ce qui était en son pouvoir pour éviter une dégradation de ses dents et que ses efforts sont allés au-delà de ce qu'on peut normalement attendre à titre de prophylaxie de lésions dentaires, comme cela est exigé de la part de malades sujets de façon accrue à des affections dentaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié du 26 avril 2002, cause K 181/00, consid. 5c)aa). Ainsi, les lésions dentaires qui ont entraîné une atteinte de la fonction de mastication n'étaient pas évitables. c) Il doit enfin être considéré que le traitement en cause était efficace, adéquat et économique, au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal. En effet, en raison des crises d'épilepsie du recourant, il s'est avéré que la pose d'une prothèse était contre-indiquée et dangereuse, le recourant ayant failli s'étouffer avec une prothèse lors d'une crise convulsive. Par ailleurs, comme notre Haute Cour l'a constaté, sur la base d'un rapport d'un dentiste traitant, en cas de sécheresse buccale, le maintien d'une prothèse totale est fortement diminué, en l'absence du film de salive entre la prothèse et les mâchoires (RAMA 2002, p. 112, consid. 6). Seule l'une des variantes du traitement étant efficace et adéquate, il n'y a pas lieu d'examiner plus loin l'économicité du traitement.

A/2751/2007 - 16/17 -

E. 14

Il résulte de ce qui précède que l'intimée aurait été en l'occurrence tenue de prendre en charge les implants dentaires du recourant, s'il les avait effectués en Suisse. Dans la mesure où l'intimée a omis d'attirer son attention sur le fait qu'un tel traitement ne pouvait pas être remboursé, s'il avait lieu à l'étranger, et où le recourant l'aurait dans ces conditions, selon toute vraisemblance, entrepris en Suisse, il convient d'admettre que l'intimée doit prendre en charge les honoraires du Dr L. _____ relatif aux implants dentaires, ainsi que le coût des examens médicaux y relatifs, dans le cadre des conditions prévues par la LAMal.

E. 15

Cela étant, le recours sera admis.

E. 16

La procédure est gratuite.

A/2751/2007 - 17/17 -

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