

GE_GERICHTE ATAS/154/2017 vom 23. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_154_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/154/2017 du 23 février 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/154/2017 del 23 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge de soins dentaires. La recourante a précisé ses conclusions dans sa réplique, en exigeant le remboursement d'un montant de CHF 2'866.-, correspondant, selon ses dires, aux notes d'honoraires de la Dresse B_____. C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_660/2015 du A/885/2016 - 8/14 - 24 février 2016 consid. 4.1). Les frais des traitements postérieurs à la décision attaquée ne devraient ainsi en principe pas être examinés dans le cadre de la présente procédure. Cela étant, 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, c'est-à-dire 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. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.2). Ces conditions sont réalisées en l'espèce. Quant à la conclusion tendant à la prise en charge future de tous les traitements dentaires de la recourante par l'intimée, elle est en revanche irrecevable, dès lors qu'elle n'est pas en état d'être jugée, les prestations en cause n'étant

pas déterminées.

E. 5

Aux termes de 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). L'art. 31 al. 2 LAMal dispose qu'elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1 al. 2 let. b. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. A l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux art. 17 à 19 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS - RS 832.112.31). 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 permettant la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige. L'art. 18 al. 1 OPAS dispose que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves suivantes ou leurs séquelles et

A/885/2016 - 9/14 - nécessaires à leur traitement (art. 31, al. 1, let. b, LAMal) : maladies du système hématopoïétique, neutropénie, agranulocytose (ch. 1), anémie aplastique sévère (ch. 2), leucémies (ch. 3), syndromes myélodysplastiques (SDM) (ch. 4), diathèses hémorragiques (ch. 5) (let. a) ; maladies du métabolisme : acromégalie (ch. 1), hyperparathyroïdisme (ch. 2), hypoparathyroïdisme idiopathique (ch. 3), hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D) (ch. 4) (let. b) ; autres maladies : polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires (ch. 1), maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires (ch. 2), arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires (ch. 3), maladie de Papillon-Lefèvre (ch. 4), sclérodermie (ch. 5), SIDA (ch. 6), maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication (ch. 7) (let. c) ; maladies des glandes salivaires (let. d). Aux termes de l'art. 18 al. 2 OPAS, les prestations mentionnées à l'al. 1 ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. L'art. 19 OPAS a pour objet la prise en charge des soins dentaires nécessaires afin de réaliser et garantir les traitements médicaux au sens de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal. Les coûts de tous les traitements dentaires qui sont nécessaires en raison de la grave maladie au sens de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal doivent être pris en charge (ATF 124 V 351 consid. 2d). La maladie du système de la mastication doit être objectivement inévitable. Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles ; une personne assurée qui, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Les mesures d'hygiène à prendre au quotidien et les visites régulières chez le dentiste doivent toutefois rester raisonnablement exigibles (ATF 128 V 59 consid. 6d). Lorsque les soins d'hygiène buccaux sont simplement plus difficiles mais pas impossibles, par exemple en raison d'une dépression, le critère de l'inévitabilité n'est pas réalisé (ATF 128 V 70 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2007 du 5 mars 2008 consid. 3).

E. 6

De jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance est réglée de manière exhaustive aux art. 17 à 19 OPAS (ATF 129 V 80 consid. 1.3, arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 1.2). Certes, les dispositions de l'OPAS n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Néanmoins, le Tribunal fédéral des assurances s'impose une grande retenue dans cet examen. En effet, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En outre, le catalogue des maladies repose sur une consultation préalable de la Commission fédérale des prestations générales. Or, sous l'angle médical, les avis de la commission sont propres à assurer au contenu de la liste une certaine homogénéité, qui ne serait plus

A/885/2016 - 10/14 - garantie en cas de complément de cette liste par le juge (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 107/00 du 6 novembre 2000 consid. 2). Un complément par le juge nécessiterait en outre une consultation préalable d'experts, ce qui prendrait un temps considérable (ATF 124 V 185 consid. 6). En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis sont à la base d'une décision du DFI - se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 142 V 249 consid. 4.3). Faute d'indices permettant de penser que la limitation critiquée serait la conséquence d'une lacune manifeste ou reposerait sur des considérations arbitraires de la part du législateur, il n'y a pas place pour substituer une autre appréciation à celle de l'autorité compétente, d'autant moins lorsqu'elle est fondée sur l'avis de spécialistes (ATF 139 V 509 consid. 5.3). D'autre part, le juge n'a pas la possibilité d'étendre le contenu d'une liste par un raisonnement analogique (ATF 125 V 21 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 46/05 du 13 février 2006 consid. 5.1).

E. 7

Selon la jurisprudence, les diagnostics et indications suivants ne tombent notamment pas sous le coup de l'art. 18 OPAS : atteintes du système de la mastication causées par le diabète, par des radiations en raison d'un carcinome, atteintes liées à une chimiothérapie et à une radiothérapie en cas de lymphome de Hodgkin et de cancer du sein, extraction d'une dent après une chimiothérapie administrée en raison d'un cancer, colite (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 31 ad art. 31 LAMal). Dans le cas d'une assurée présentant un lichen plan érosif de la muqueuse buccale ayant entraîné une dégradation des collets des dents empêchant un nettoyage parfait des racines dentaires et ne tombant sous le coup d'aucune des dispositions de l'OPAS, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'une lacune authentique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 189/00 du 8 novembre 2001 consid. 2). Il en a fait de même s'agissant du diabète, malgré la possible influence négative de cette atteinte sur l'état des gencives (ATF 124 V 346 consid. 3b/bb). Il a également nié que la non-inclusion d'une atteinte dentaire inévitable, causée par une maladie sans faute de l'assuré et présentant des symptômes identiques à ceux visés à l'art. 18 OPAS (en l'occurrence un reflux gastro-œsophagien de degré II et des dommages à l'émail dentaire) résulte d'une lacune authentique, rappelant que l'intention du législateur était de soustraire les traitements dentaires des prestations obligatoires de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_253/2011 du 3 juin 2011 consid. 2.1 et 2.2).

E. 8

L'art. 58 al. 3 LAMal confère au Conseil fédéral la compétence de prévoir la nécessité d'obtenir l'accord du médecin-conseil avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Le Conseil fédéral a à son tour délégué cette compétence au DFI à l'art. 77 al. 4 OAMal. L'obtention de l'accord du médecin-conseil est un préalable indispensable dans les situations réglées par

A/885/2016 - 11/14 - ordonnance et visées à l'art. 58 al. 3 LAMal. Dans le cas contraire, le but de cette disposition ne pourrait pas être atteint ou ne l'être que difficilement. Dans l'annexe 1 à l'OPAS notamment, on retrouve la formulation « Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil ». L'accord du médecin-conseil est dans ce cas un instrument de contrôle de l'adéquation et de l'économicité du traitement. Il n'a toutefois pas d'effet constitutif pour le droit aux prestations et ne lie pas l'assureur. Une solution contraire serait inconciliable avec la fonction de conseil et de contrôle du médecin-conseil. Avec l'art. 58 al. 3 LAMal, le législateur n'entendait pas conférer au médecin-conseil des compétences dépassant celles qui sont prévues à l'art. 57 LAMal. Si un médecin-conseil refuse son autorisation, l'assuré peut néanmoins se soumettre au traitement et faire valoir ensuite ses prétentions en justice (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 3^{ème} éd. 2016, p. 526 n. 392). Dans le cadre de la prise en charge des coûts d'un médicament, le Tribunal fédéral a également considéré que l'autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas une condition sine qua non du remboursement de ce médicament, et que la position du médecin-conseil ne constitue pas une décision au sens de l'art. 5 de la loi sur la procédure administrative (PA - RS 172.021) mais a la même portée que les prises de position et les recommandations de la Commission fédérale des médicaments lorsqu'il s'agit d'une admission d'un médicament dans la liste des spécialités et la formulation de limitations éventuelles (arrêt du Tribunal fédéral K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.3.2.1). Dans un arrêt du 12 novembre 2009, le Tribunal des assurances du canton d'Obwald a retenu que ces considérations valaient également pour l'accord préalable du médecin-conseil prévu à l'art. 18 OPAS (VVG 2009/2010 n. 33 p. 165 consid. 3b). Dans la mesure où l'autorisation préalable du médecin-conseil avant la délivrance d'un médicament tend au contrôle et à l'application des principes généraux de l'indication médicale et de l'économicité du traitement (ATF 129 V 32 consid. 5.3.2), soit les mêmes buts que ceux que poursuit la procédure d'autorisation du médecin-conseil en matière de soins dentaires, il y a lieu de confirmer cette analyse.

E. 9

En l'espèce, il convient en premier lieu de revenir sur certains éléments soulevés par l'intimée, qui semble alléguer qu'elle ne disposait pas des renseignements nécessaires pour statuer, notamment pas des informations sur la nature exacte de la maladie et de la disposition réglementaire invoquée. Sur ce point, il faut rappeler que, selon l'art. 43 al. 1 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Si l'intimée s'estimait insuffisamment renseignée, il lui incombait donc de solliciter des renseignements complémentaires, en rappelant au besoin à la recourante les conséquences d'un défaut de collaboration. Elle ne pouvait purement et simplement décliner la prise en charge au motif qu'elle n'avait

A/885/2016 - 12/14 - pu déterminer si les conditions légales au remboursement des soins étaient réalisées dans le cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, il apparaît que les éléments versés au dossier sont suffisants pour permettre de trancher sur le droit de la recourante à se faire rembourser les soins dentaires litigieux. Quant à l'absence d'autorisation du médecin-conseil, elle ne constitue pas un motif suffisant pour refuser la prise en charge, comme cela ressort de la jurisprudence et de la doctrine citées supra. Ceci étant précisé, force est de constater que l'affection de la recourante - soit une pathologie digestive - ne figure pas au nombre des diagnostics précis visés à l'art. 18 OPAS, ce que la recourante admet implicitement. Or, toutes les maladies du métabolisme ne donnent pas droit à une prise en charge du traitement des atteintes dentaires qu'elles sont susceptibles de causer. Seules les quatre atteintes visées à l'art. 18 al. 1 let. b OPAS ouvrent droit aux prestations. Il n'est ainsi pas suffisant qu'un rapport de causalité entre une maladie du métabolisme et la nécessité d'un traitement dentaire existe pour que les frais qui en résultent incombent à l'assurance-maladie. La recourante se prévaut des exceptions admises par la jurisprudence en matière de remboursement de médicaments hors de la liste des spécialités ou prescrits off label, qui l'admet lorsqu'une maladie entraînant une menace pour la vie du patient ou une atteinte à sa santé grave et chronique ne pourrait pas être traitée autrement de manière efficace, par manque d'alternatives thérapeutiques. Le médicament ne pourra toutefois être administré à charge de l'assurance obligatoire des soins que s'il existe des raisons sérieuses pour admettre que le produit en question présente une utilité thérapeutique importante, curative ou palliative (ATF 139 V 375 consid. 4.4). Cette jurisprudence ne trouve cependant pas application ici, dès lors qu'il ne s'agit en l'espèce pas de médicaments et que les soins dentaires ne peuvent être considérés comme un traitement indispensable d'une maladie présentant un risque vital. La recourante allègue en outre que le fait que son atteinte ne figure pas dans la liste résulte d'une lacune authentique. Cet argument tombe cependant à faux. D'une part, on rappellera que le Tribunal fédéral a considéré que tel n'était pas le cas pour le diabète, malgré les éventuelles répercussions de cette atteinte sur les gencives. Ainsi, le seul fait qu'une pathologie ne soit pas incluse dans l'énumération de l'art. 18 OPAS malgré sa possible incidence sur l'état de santé bucco-dentaire d'un assuré ne signifie pas pour autant qu'il s'agit d'un oubli. D'autre part, le DFI a désigné les affections donnant droit au remboursement des soins dentaires de manière extrêmement précise - et exhaustive - à l'art. 18 OPAS. S'il avait voulu mettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins tous les traitements dentaires rendus nécessaires par toutes les maladies du métabolisme ayant des répercussions sur le système masticatoire, il aurait libellé l'art. 18 OPAS différemment, en décrivant les maladies et leurs effets de manière plus générale, comme il l'a fait pour certaines atteintes figurant à l'art. 17 OPAS et à l'art. 18 al. 1 let. d OPAS.

A/885/2016 - 13/14 - Au vu de ces éléments, on ne peut admettre de lacune authentique de l'art. 18 al. 1 let. b OPAS. Partant, la décision de l'intimée est fondée en tant qu'elle refuse la prise en charge des soins dentaires nécessaires. Le recours sera rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/885/2016 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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