

# **GE\_GERICHTE ATAS/195/2013 vom 21. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_195\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_195_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/195/2013 du 21 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/195/2013 del 21 febbraio 2013

## **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; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 al. 2 LAMal, sans pertinence dans le cas d'espèce.

### **E. 3**

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

A/4295/2011 - 9/15 -

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à se voir rembourser par l'intimée les soins prodigués par les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, plus précisément sur la question de savoir si ces soins sont en lien avec l'affection du système masticatoire dont souffre la recourante. La prise en charge des factures de la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE n'est en revanche plus contestée par l'intimée.

### **E. 5**

Il convient en premier lieu d'examiner si le droit au remboursement des prestations du Dr A \_\_\_\_\_ est périmé, ainsi que le soutient l'intimée. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En matière d'assurance-maladie, le délai de cinq ans de l'art. 24 al. 1 LPGA court dès l'exigibilité des prestations et son début ne coïncide pas avec le moment auquel le traitement a eu lieu. Le délai de péremption commence à courir à la fin du mois pour lequel la prestation était due. La LAMal ne prévoit pas de délai pour l'exigibilité du versement des prestations. Lorsqu'il est question de prestations à accorder à titre rétroactif, le délai de péremption commence à courir à la date à laquelle les prestations auraient été prises en charge si l'assuré avait fait valoir son droit sans tarder (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom

## E. 6

Reste à déterminer si la recourante a droit au remboursement des soins sur lesquels portent les factures en question. a) 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. 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 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] ; ATF 124 V 185 consid. 4). Conformément à l'art. 17 let. b OPAS, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal): maladies de l'appareil de soutien de la dent

A/4295/2011 - 11/15 - (parodontopathies): parodontite pré pubertaire (ch. 1), parodontite juvénile progressive (ch. 2), effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3). Les coûts de tous les traitements dentaires qui sont une conséquence de la grave maladie doivent ainsi être pris en charge (ATF 124 V 351 consid. 2d). b) 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. Le Tribunal fédéral a établi les lignes directrices suivantes s'agissant de l'obligation d'un assureur de procéder à des investigations complémentaires : la maxime d'instruction d'office ne signifie pas que l'administration doit dans tous les cas entreprendre de telles mesures, qui peuvent par exemple prendre la forme d'une expertise dentaire. Une expertise n'est indiquée que lorsqu'il existe des indices tangibles qu'un assuré présente une lésion dentaire visée par les lettres a à ce de l'art. 31 LAMal (ATFA non publié K 11/06 du 11 juillet 2006, consid. 3). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). d) 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 353 consid. 5b; ATF 125 V

193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

A/4295/2011 - 12/15 -

## E. 7

Il n'est en l'espèce pas contesté que la recourante souffre d'une parodontite juvénile, soit une affection visée par le catalogue exhaustif des art. 17 à 19 de l'OPAS. Les parties divergent en revanche sur le point de savoir si les soins administrés dont la recourante réclame le remboursement ont été occasionnés par cette maladie. En préambule, la Cour de céans relève que, selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Il est patent qu'aucune prestation de ce type n'est fournie lorsqu'un assuré ne se rend pas à une consultation. Partant, la prise en charge des montants liés aux rendez-vous qui n'ont pas été honorés par la recourante (cf. notamment les factures du 17 septembre 2002, du 25 novembre 2004 et du 21 septembre 2006), n'incombent en tout état de cause pas à l'intimée. Ceci ayant été précisé, il convient de relever que s'il est vrai que les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ ont, dans un premier temps, indiqué que leurs prestations n'étaient pas rendues nécessaires par une maladie du système de la mastication, il est apparu que ces médecins-dentistes n'ont eu connaissance de l'existence de la parodontite juvénile de la recourante que par la suite. Une fois informés de ce diagnostic, les anciens médecins-dentistes traitants de la recourante se sont montrés moins péremptoirs quant à l'exclusion d'un lien de causalité entre les traitements dispensés et l'affection masticatoire (cf. leurs courriers datés du 19 juillet, respectivement du 20 juin 2012). Si, comme le soutient l'intimée, ces dentistes n'ont pas non plus catégoriquement conclu à l'existence d'un tel lien, ils ont néanmoins retenu qu'il était possible pour certains des soins prodigués. On ne peut ainsi exclure que leur prise en charge doive être assumée par l'intimée. De plus, l'argument de l'intimée selon lequel les détartrages constituent des traitements de routine que tout un chacun doit suivre appelle les remarques suivantes. Selon le Dr B \_\_\_\_\_, les détartrages du 3 octobre et du 3 novembre 2005 étaient nécessaires en raison de l'état parodontal de la recourante. Il est dès lors possible que la nécessité de tels soins chez la recourante ait largement dépassé en termes de fréquence celle qui prévaut chez un assuré ne présentant pas de pathologie de l'appareil masticatoire, auquel cas il faudrait admettre qu'ils doivent être pris en charge par l'intimée. On ne peut non plus suivre celle-ci lorsqu'elle affirme que les soins sont imputables à un accident, puisque, selon les explications du Dr A \_\_\_\_\_, l'assureur-accidents a précisément écarté sa responsabilité en raison d'une maladie. L'avis du médecin-dentiste conseil de l'intimée ne suffit pas non plus à nier que les traitements en cause aient pu être occasionnés par la parodontite. Le Dr E \_\_\_\_\_ relève en effet dans sa note du 2 octobre 2012 que certaines factures relatives à des extractions ne permettent de déterminer ni les dents A/4295/2011 - 13/15 - concernées ni les motifs. On doit en conclure que les données à disposition du médecin-dentiste conseil n'étaient pas suffisantes pour lui permettre de se prononcer de manière fiable sur la nature des traitements en cause. Quant au fait que certains codes tarifaires ne puissent s'appliquer lorsqu'une nouvelle prothèse est posée, on comprend mal en quoi cela permet de nier que le traitement puisse être occasionné par la parodontite. Si le médecin-dentiste conseil entendait relever par là que la facture en

question comportait des erreurs, il y avait lieu de clarifier quelles prestations avaient réellement été fournies. Eu égard à ce qui précède, il apparaît que les conclusions des Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment claires pour satisfaire aux réquisits jurisprudentiels et que les avis du Dr E\_\_\_\_\_ ne sont pas non plus conformes à ces exigences dès lors qu'ils se bornent à relever les imprécisions de certaines factures et rapports des dentistes traitants. Ainsi, aucun des éléments médicaux au dossier ne permet d'infirmer ou de confirmer au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité entre l'affection du système de la mastication et les traitements dentaires dont la prise en charge est demandée. Compte tenu des doutes qui subsistent à cet égard, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge ces traitements. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, cette deuxième solution s'impose dès lors que l'intimée n'a pas procédé aux mesures d'instruction qui s'imposaient en vertu de son obligation d'instruire d'office. Il y a dès lors lieu de lui renvoyer le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise à confier à un médecin-dentiste spécialiste de parodontite qui déterminera, après avoir recueilli les renseignements nécessaires auprès des Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, si leurs traitements

A/4295/2011 - 14/15 - étaient occasionnés par l'affection du système masticatoire de la recourante et, partant, à la charge de l'intimée, laquelle rendra ensuite une nouvelle décision.

## **E. 8**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'250 fr. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4295/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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