

## **GE\_GERICHTE ATAS/602/2017 vom 30. Juni 2017**

GE Cour de justice, 2017-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_602\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_602_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/602/2017 du 30 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/602/2017 del 30 giugno 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) 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.

#### **E. 3**

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

#### **E. 4**

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, la recourante conclut à la prise en charge par l'intimée du traitement sollicité le 15 juillet 2015 par le Dr B\_\_\_\_\_, lequel portait sur l'extraction des dents n° 13 et 53, et l'implant n°13. Or, dans la mesure où, dans sa décision litigieuse, l'intimée s'est prononcée exclusivement sur la prise en charge de l'extraction de la dent n°13, le recours de la recourante sera déclaré irrecevable en tant qu'il conclut à la prise en charge de l'extraction de la dent n°53 et de l'implant n°13.

#### **E. 5**

Le litige porte donc sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les coûts de l'extraction de la dent n°13.

#### **E. 6**

La recourante fait tout d'abord valoir l'absence de motivation de la décision querellée.

A/916/2016 - 9/16 - Conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Pour répondre à ces exigences, l'administration doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in RDAF 2009 II p. 434). En l'occurrence, contrairement à ce qu'avance la recourante, la décision litigieuse permet de comprendre les éléments de faits et droit qui ont été retenus, ce qui est corroboré, au demeurant, par la teneur des écritures que la recourante a produites. Il s'ensuit que l'intimée n'a pas violé l'obligation de motiver sa décision.

#### **E. 7**

La recourante conclut à ce que la pièce n°2 du chargé de l'intimée soit écartée. La chambre de céans constate que, contrairement à ce que fait valoir la recourante, cette pièce comprend notamment un rapport manuscrit rédigé le 27 janvier 2016 en allemand par le Dr D\_\_\_\_\_ - ce que l'audition du Dr C\_\_\_\_\_ a permis de confirmer - et qu'une traduction libre en français du résumé dudit rapport figure dans la décision litigieuse (consid. 9). La conclusion prise par la recourante concernant la pièce n°2 du chargé de l'intimée sera donc rejetée.

#### **E. 8**

a. Selon 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. 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, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, 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 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).

A/916/2016 - 10/16 - L'art. 17 OPAS, édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. Cette liste est exhaustive (ATF 124 V 185 consid. 4 et 346 consid. 3a). Sous le titre "Maladies du système de la mastication", l'art. 17 let. a OPAS a la teneur suivante: A 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. 1er let. a LAMal): a. maladies dentaires: 1. granulome dentaire interne idiopathique, 2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste). b. Le Tribunal fédéral des assurances a confié à un collège d'experts, le 28 mars 2000, une expertise de principe en matière de médecine dentaire. Ils ont répondu aux questions posées

sur un plan général, c'est-à-dire abstraction faite des cas particuliers pendant devant le tribunal. Ils ont ainsi fourni les éléments qui permettent une interprétation de la loi fondée sur une meilleure compréhension de la science médicale dont elle s'inspire. Les experts ont été invités à se prononcer sur le caractère de maladie en présence de dislocations dentaires (position ectopique des dents), dents ou germes dentaires surnuméraires au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS. Ils ont estimé qu'il devait s'agir d'une maladie qualifiée par rapport à la notion de maladie définie à l'art. 2 al. 1 LAMal. Du moment que les notions de "dislocations dentaires" et de "dents ou germes dentaires surnuméraires" visent aussi bien des maladies sévères que des affections de peu de gravité du système de la mastication, il est possible, grâce à ce critère de distinction, de délimiter les maladies graves - c'est-à-dire celles qui revêtent le caractère de maladie au sens de l'ordonnance - des autres affections qui ne peuvent pas être qualifiées de graves et qui, en conséquence, ne tombent pas sous le coup de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 391 consid. 3a). Sur la base des conclusions des experts, le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS, est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). Autrement dit, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. La répétition du terme "maladie" à l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS vise à mettre l'accent sur la condition de gravité requise

A/916/2016 - 11/16 - de manière générale à l'art. 17 OPAS. En effet, dans le cas de dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, il se trouve précisément un nombre prépondérant d'affections légères par rapport aux atteintes à la santé qui revêtent un caractère de gravité (ATF 127 V 391 consid. 3a; ATF 127 V 334 consid. 5b). Afin d'être en mesure d'évaluer le degré de gravité de la maladie en cas de dislocations dentaires, de dents ou germes dentaires surnuméraires, les experts opèrent une distinction entre la dentition en développement - en règle ordinaire jusqu'à l'âge de 18 ans - et la dentition définitive. S'agissant d'une dentition en développement, l'affection peut avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoque une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Pour ce qui est d'une dentition définitive, une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entre pas en ligne de compte; l'état de maladie se limite ici à un phénomène pathologique. Toujours selon les experts, on parle de phénomène pathologique quand il est en relation avec une dislocation dentaire ou des dents ou germes dentaires surnuméraires, qu'il ne peut être combattu par des mesures prophylactiques, qu'il provoque des dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants ou encore qu'il risque, selon une évaluation fondée sur un examen clinique ou au besoin radiologique, de provoquer avec une grande probabilité de tels dommages et qu'à défaut d'intervention il en résulterait une atteinte au système de la mastication. A titre d'exemples de dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants, les experts mentionnent l'abcès, le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péri-coronarite chronique-récurrente (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables (ATF

127 V 391 consid. 3c). Le Tribunal fédéral des assurances a considéré, en se ralliant au point de vue des experts, qu'il convenait de reconnaître un caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS aux entraves à un développement ordonné de la dentition ou à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition en développement, et à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition définitive. Le phénomène pathologique doit provoquer des dommages importants aux dents avoisinantes ou, sous certaines conditions, représenter un risque imminent d'un tel dommage. En conséquence, le caractère de maladie doit d'emblée être nié lorsqu'on est uniquement en présence d'une dislocation dentaire, de dents ou germes dentaires surnuméraires, par exemple quand l'écart par rapport à la position et à l'axe normaux dépasse une valeur minimale (ATF 127 V 336 consid. 7a). En outre, ainsi qu'on l'a vu, l'obligation de prise en charge par l'assurance-maladie suppose ici une atteinte qualifiée à la santé: toute affection provoquée par une dislocation dentaire,

A/916/2016 - 12/16 - des dents ou germes dentaires surnuméraires, ne justifie donc pas que des mesures diagnostiques ou thérapeutiques soient prises en charge par l'assurance-maladie (ATF 127 V 391 consid. 4).

### **E. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

### **E. 10**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que

le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

A/916/2016 - 13/16 - Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

#### **E. 11**

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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

#### **E. 12**

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

#### **E. 13**

En l'occurrence, l'intimée a refusé la prise en charge de l'extraction de la dent n°13, ce que la recourante conteste en se fondant sur l'avis de son chirurgien traitant, le Dr B\_\_\_\_\_. On rappellera que les juges fédéraux ont retenu qu'il y a lieu de qualifier de maladies graves,

c'est-à-dire celles qui revêtent le caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS, un phénomène pathologique qui est en relation avec une

A/916/2016 - 14/16 - dislocation dentaire et qui provoque des dommages importants aux dents avoisinantes. En l'espèce, aucun chirurgien ne conteste que la recourante présentait une dislocation dentaire, dans le sens où sa dent n°13 définitive était incluse et en mauvaise position (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2016, avis du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2015, rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2016, procès-verbal d'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_). A cet égard, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué notamment que la dent n°13 était située en région palatine directement contre la racine de la dent n°11 (cf. la traduction libre en français établie par l'intimée, décision litigieuse, consid. 9). Par ailleurs, aucun médecin-conseil de l'intimée ne conteste que la dent n°13 de la recourante avait résorbé en partie sa dent n°11. Ainsi, dans son rapport du 27 janvier 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la résorption de la racine de la dent n°11 avait été causée par la dent n°13 et qu'il s'agissait d'une pathologie (cf. traduction libre en français établie par l'intimée, décision litigieuse, consid. 9). Le Dr C\_\_\_\_\_ a également expliqué, par-devant la chambre de céans, que la racine de la dent n°11 avait été partiellement résorbée par la dent n°13 (procès-verbal d'audition p. 3). En outre, le Dr F\_\_\_\_\_ a aussi confirmé que la recourante présentait une résorption de la racine de la dent n°11 due à la dent n°13 (rapport du 21 septembre 2016), corroborant ainsi l'avis du Dr B\_\_\_\_\_. Force est donc d'admettre qu'il est établi que la recourante présentait une dislocation dentaire provoquant la résorption d'une dent avoisinante. Or, la résorption d'une dent provoquée par une dislocation dentaire est considérée, par les experts mandatés par le Tribunal fédéral des assurances, comme étant un phénomène pathologique provoquant un dommage important (ATF 127 V 391 consid. 3c/bb). Le Dr C\_\_\_\_\_ est certes d'avis que la résorption dentaire présentée par la recourante n'a pas valeur de maladie étant donné qu'elle n'était que modérée et qu'elle avait été découverte de manière fortuite. La chambre de céans relèvera que dans la mesure où les experts mandatés par le Tribunal fédéral des assurances ont retenu que toute résorption des dents avoisinantes doit être considérée comme un dommage important auxdites dents - sans distinguer son degré de gravité, ni la manière dont elle a été découverte - les arguments du Dr C\_\_\_\_\_ manquent de pertinence. Le Dr D\_\_\_\_\_ est également d'avis qu'il était improbable que la résorption de la racine de la dent n°11 ait continué étant donné qu'elle avait été causée il y a plus de dix ans. Or, comme le Dr B\_\_\_\_\_ l'a expliqué de manière convaincante, il ne s'agit que d'une supposition étant donné qu'il n'existe pas de document ancien de dix ans permettant de prouver que la résorption existerait depuis lors, que cet état est stable et qu'il n'a aucune chance de se modifier (rapport du 14 juillet 2016). En outre, selon le Dr F\_\_\_\_\_, il semblait possible, au vu des clichés du 13 février 2015,

A/916/2016 - 15/16 - qu'une atteinte du canal pulpaire de la dent n° 11 puisse survenir par la suite, sans qu'il soit toutefois possible de le prévoir (rapport du 21 septembre 2016). La chambre de céans ajoutera encore, qu'au demeurant, il n'est pas nécessaire, vu les conditions jurisprudentielles posées pour retenir la présence d'un phénomène pathologique, de démontrer qu'un dommage plus important risquerait de se produire. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présentait un phénomène pathologique en relation avec une dislocation dentaire (dent n°13), qui a provoqué un dommage important à une dent avoisinante, soit la résorption de la dent n°11, et dont il n'est, par ailleurs, pas contesté qu'il ne pouvait être combattu par des mesures prophylactiques. La recourante présentait donc une maladie grave et non évitable du système de la mastication

au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS. Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Aussi, la conclusion préalable de la recourante est-elle rejetée. Partant, c'est à tort que l'intimée a refusé la prise en charge des frais de l'extraction de la dent n° 13 de la recourante.

#### **E. 14**

Bien fondé, le recours sera admis en tant qu'il est recevable. La décision litigieuse du 23 février 2016 sera annulée, l'intimée étant condamnée à prendre en charge les frais de l'extraction de la dent n°13 et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle statue sur la prise en charge de l'implant n°13.

#### **E. 15**

La recourante, représentée par son conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

#### **E. 16**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/916/2016 - 16/16 - 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.