

GE_GERICHTE ATAS/681/2015 vom 9. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_681_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/681/2015 du 9 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/681/2015 del 9 settembre 2015

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). Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1er). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (al. 3). En l'espèce, feue la recourante était domiciliée en France mais son dernier domicile en Suisse était situé dans le canton de Genève. Par ailleurs, les héritiers acquièrent de plein droit l'universalité de la succession dès que celle-ci est ouverte (art. 560 al. 1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC – RS 210]). Ce faisant, la succession ne change rien à la nature des droits transférés et la communauté héréditaire se substitue au défunt et devient pleinement titulaire des droits et obligations de ce dernier, y compris les droits de nature procédurale. La dévolution successorale n'a pas d'effet sur la compétence du tribunal compétent à raison de la matière (ATF 141 V 170 consid. 4.3) Au vu de ce qui précède, la compétence ratione materiae et loci de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Préalablement, la chambre de céans relève que l'intimée, après avoir repris l'instruction du dossier, a rendu derechef une « nouvelle décision sur opposition ». Contrairement à ce que semble croire l'intimée, l'annulation de la décision ne fait pas renaître la décision initiale. En effet, il convient de rappeler que la décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (cf. ATF 125 V 415 ss consid. 2; Ulrich MEYER-BLASER, Der Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, 2001, n° 17 p. 19; MEYER/von ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre MOOR, 2005, p. 435 ss;

Hansjörg SEILER, Rechtsfragen des Einspracheverfahrens in der Sozialversicherung [Art. 52 ATSG], in Sozialversicherungsrechtstagung 2007, n° 10.5 p. 99 sv.).

A/110/2014 - 9/14 - Or, dans la mesure où sa décision sur opposition a été annulée par le Tribunal fédéral, toute la procédure administrative antérieure est invalidée. Ainsi, l'intimée devait rendre une nouvelle décision, sujette à opposition, conformément à la LPGA. La procédure d'opposition est en effet obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (arrêt C 279/03 du 30 septembre 2005 consid. 2.2.2, in SVR 2006 ALV n° 13 p. 43; cf. aussi ATF 130 V 388). Cela étant, nonobstant cette informalité, la chambre de céans, par économie de procédure, entrera en matière sur le recours, solution qui se justifie aussi par l'issue du litige.

E. 4

L'objet du litige porte sur la question de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins sur la base de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS de traitements dentaires relatif à l'extraction des quatre incisives supérieures mobiles de feu la recourante ainsi que sur la réalisation d'une prothèse provisoire avant une réhabilitation prothétique, selon un devis du 2 novembre 2010 s'élevant à CHF 6'532.25. Feu la recourante concluait également au remboursement d'une facture du 31 octobre 2010 relative aux extractions des dents 35 à 37 et 46 à 48, à hauteur de CHF 886.60.

E. 5

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale. D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, ils sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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 encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en relation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les articles 17, 18, 19 et 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. 31 al. 1 let. a à c LAMal. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est

A/110/2014 - 10/14 - exhaustive (ATF 129 V 279 consid. 3.2, ATF 127 V 332 consid. 3a et 3b, ATF 124 V 185).

E. 6

A l'art. 17 OPAS, sont énumérées les 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. Selon la jurisprudence, est « évitable » toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une

bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 279 consid. 3.3, ATF 125 V 19 ss. consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). 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, l'art. 17 let. b OPAS mentionne les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) sous forme de parodontite pré pubertaire (ch. 1), de parodontite juvénile progressive (ch. 2) ou d'effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3). La parodontite est une inflammation du parodonte, c'est-à-dire des tissus de soutien de la dent : gencives, ligament alvéolaire (périodonte), cément, os alvéolaire (Dictionnaire des termes de médecine, Garnier Delamare, 28ème édition, 2004). L'art. 17 let. b OPAS emprunte la classification établissant une distinction entre les formes adulte et les formes à progression rapide, juvéniles et prépubertaires (ATAS/400/2007).

E. 7

a. La plupart des éventualités assurées 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 157 consid. 1b et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid.

A/110/2014 - 11/14 - 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.592/99 du 13 mars 2000). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

a. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). b. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales

A/110/2014 - 12/14 - en vertu de cette disposition, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.316/2006 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 9

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. 10

Dans le cas d'espèce, le Tribunal fédéral a jugé que conformément au principe inquisitoire, il appartenait à l'intimée d'établir si et dans quelle mesure le traitement par bisphosphonates suivi par feu la recourante dans le cadre de sa thérapie est la cause de ses mobilités dentaires, respectivement des extractions dentaires qui s'en sont suivies et ainsi d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause effective de la parodontite de feu la recourante. A cet égard, il n'est pas nécessaire d'examiner la relation entre un traitement à base de bisphosphonates et une nécrose osseuse maxillaire, la demande de prise en charge ne concernant pas le traitement des ostéonécroses (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2013 du 27 février 2013). La chambre de céans relève que nonobstant les instructions claires du Tribunal fédéral relatives à l'instruction complémentaire, l'intimée s'est contentée de soumettre une nouvelle fois le dossier de la recourante aux mêmes médecins-conseils, qui avaient pourtant déjà exprimé des avis opposés à celui du Prof. F_____ dans la procédure préalable. Par ailleurs, force est de constater que ces médecins-conseils n'ont pas tenu compte des avis du Prof. F_____, pourtant étayés par de nombreuses publications scientifiques récentes au sujet des bisphosphonates et leurs répercussions sur la santé. S'il est entendu que la littérature scientifique ne suffit pas, à elle seule, à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que les ostéonécroses étaient présentes depuis suffisamment longtemps pour être à l'origine du délabrement parodontal présenté par feu la recourante, il appartenait à l'intimée, en

A/110/2014 - 13/14 - vertu du principe inquisitoire, d'établir si tel avait été le cas en l'espèce. A cet égard, l'intimée n'a pas non plus examiné la scintigraphie réalisée le 27 septembre 2010 par le Dr J_____, laquelle avait mis en avant un discret foyer hyperactif au niveau mandibulaire de chaque côté, ce qui pouvait signifier que ces foyers existaient déjà sur la scintigraphie réalisée le 18 août 2009. La chambre de céans constate que l'intimée s'est contentée de demander au Dr I_____, oncologue, la liste des traitements suivis par feu la recourante depuis 2008, sans toutefois s'enquérir des effets spécifiques de cette médication, en particulier des bisphosphonates, sur son état de santé à long terme, de sorte qu'aucune conclusion ne peut en être tirée. Elle n'a ainsi pas sollicité un avis détaillé de l'oncologue, pourtant essentiel dans le cas d'espèce, et ne l'a pas non plus invité à se déterminer sur l'avis du Prof. F_____, pas plus que sur les avis – contradictoires - de ses médecins-conseils. Enfin, le Dr H_____ s'autorise à affirmer que la parodontolyse ne peut pas être considérée comme étant due à la prise de Zometa®, sans d'ailleurs en donner les raisons. S'il est admis que la dent 27 de la recourante a été extraite en 2007, soit avant le début de la prise de Zometa®, et que des dépôts de tarte sont visibles sur l'orthopantomographie du 4 août 2010, ces éléments ne permettaient quoi qu'il en soit pas à l'intimée de conclure qu'ils constituaient, à eux seuls, l'origine du délabrement parodontal, à l'exclusion de toute prise de médicaments. La chambre de céans relève qu'en égard notamment à la complexité des questions médicales soulevées, les avis du Prof. F_____ suffisaient à mettre en doute les conclusions des médecins-conseils de l'intimée, de sorte qu'il appartenait à l'intimée de soumettre le dossier à des spécialistes externes afin de départager les avis contradictoires. Dans ces circonstances, force est d'admettre que les faits ne sont pas suffisamment clairs et qu'en l'état actuel, le dossier ne permet toujours pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause effective de la parodontite de la recourante. L'intimée n'a pas respecté les injonctions du Tribunal fédéral quant à l'instruction complémentaire à effectuer. L'intimée est donc invitée à rapidement mettre en œuvre une expertise odontostomatologique et oncologique auprès de médecins externes, sur

la base des dossiers complets de feue la recourante, afin de déterminer dans quelle mesure son traitement par bisphosphonates était la cause des mobilités dentaires, singulièrement des extractions dentaires qui s'en sont suivies.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée, à charge pour celle-ci de mettre en œuvre une expertise selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision sujette à opposition, au sens des considérants.

E. 12

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

A/110/2014 - 14/14 - 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.