

# **GE\_GERICHTE ATAS/749/2019 vom 26. August 2019**

GE Cour de justice, 2019-08-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_749\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_749_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/749/2019 du 26 août 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/749/2019 del 26 agosto 2019

## **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 LAMal. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi (art. 56 à 61 LPGA; art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 [LaLAMal – J 3 05]; art. 89B de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]), compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les coûts de traitement dentaire litigieux, respectivement ceux inhérents au remplacement des prothèses posées en 1994, très vieilles et très usées, l'assureur-maladie intimé revenant, dans la décision entreprise, sur l'acceptation

A/3772/2017 - 13/25 - qu'il avait préalablement donnée, après approbation du devis de CHF 4'520.75, présenté à sa demande par la dentiste traitante, réformant ainsi sa décision initiale au détriment de la recourante.

### **E. 3.3**

; ATF 125 V 19 ss. consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). 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 (ATAS/400/2007 du 11 avril 2007 consid. 11 et la référence). Il résulte de l'art. 17 let. b OPAS que les frais de traitement d'une parodontopathie qui n'est ni une parodontite pré pubertaire ni une parodontite juvénile progressive ne doivent être pris en charge par l'assurance obligatoires des soins que si cette parodontopathie constitue l'effet secondaire irréversible de médicaments, ce qui implique notamment l'existence d'un lien de causalité (cf. ATF 127 V 339 consid. 7 et 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_364/2010 du 29 octobre 2010 consid. 2.2 et 3.3). c. L'art. 18 al. 1 OPAS (édicte en application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal) dispose que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement, dont

A/3772/2017 - 15/25 - l'énumération comprend notamment les maladies du système hématopoïétique (let. a) : diathèses hémorragiques (ch. 5). 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 (ATF 127 V 391 consid. 1). d. 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 : lors du remplacement des valves cardiaques, de l'implantation de prothèses de revascularisation ou de shunt crânien (let. a) ; lors d'interventions qui nécessiteront un traitement immunosuppresseur de longue durée (let. b) ; lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne (let. c) ; lors d'endocardite (let. d) ; en cas de syndrome de l'apnée du sommeil (let. e). Cette disposition prévoit la prise en charge des soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (ATF 127 V 391 consid. 1). L'objectif premier n'est pas de guérir les atteintes du système de mastication mais de garantir le traitement adéquat d'une maladie grave qui ne saurait être compromis en raison du refus de prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie. Il ne se justifie en revanche pas de mettre à la charge de l'assurance-maladie des traitements dentaires réalisés postérieurement au traitement de la maladie grave et qui auraient pu être évités avec une bonne hygiène bucco-dentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2 et les références). Les soins dentaires visés par l'art. 31 al. 1 let. c LAMal et 19 OPAS englobent le rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses dentaires, lorsqu'il s'est révélé nécessaire de procéder à l'extraction de dents (ATF 124 V 196 consid. 2d in fine). Le Tribunal fédéral est parvenu à cette conclusion, en relevant qu'il serait difficilement compréhensible, après analyse de la ratio legis de l'art. 25 al. 1 let. b du projet de la LAMal, devenu l'art. 31 al. 1 let. c du texte définitif, que le législateur, en édictant cette disposition, qui mentionne non seulement le traitement d'une maladie grave mais également celui de ses séquelles, n'ait eu en vue que l'extraction des dents à titre curatif ou préventif de foyers infectieux, et non les mesures prothétiques destinées à conserver ou à rétablir la fonction masticatoire. La Haute Cour a ensuite procédé à une comparaison avec la jurisprudence selon laquelle le traitement médical à la charge de l'assurance-maladie ne comprend pas uniquement les mesures médicales qui servent à la guérison de la maladie, mais englobe aussi les mesures qui servent à l'élimination d'atteintes secondaires dues à la maladie (cf. ATF 121 V 295 consid. 4b ; 306 consid. 5b). Cette jurisprudence est spécialement applicable à la prise en charge d'implants ou de prothèses tendant au rétablissement de la situation antérieure lors de l'ablation d'une partie du corps, par ex. : la reconstruction du sein après une amputation mammaire (cf. plus spécialement ATF 111 V 234 consid. 3b), la reconstruction d'organes génitaux

A/3772/2017 - 16/25 - après ablation (ATF 120 V 469 consid. 5) ou encore la pose d'une prothèse testiculaire nécessitée par une ablation chirurgicale due à la présence d'une tumeur cancéreuse (ATF 121 V 119), mesures dont le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'elles incombent obligatoirement aux caisses-maladie. Ces arrêts, bien que rendus sous l'empire de la LAMA, peuvent être transposés, dans le nouveau droit, aux cas où l'extraction de dents pour l'un des motifs prévus rend nécessaire le remplacement de celles-ci par une prothèse (ATF 124 V 196 consid. 2d). e. Enfin, l'art. 19a OPAS, en vigueur depuis le 1er janvier 1997, concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales (qui sont énumérées à l'al. 2). Selon l'al. 1, lesdits traitements sont pris en charge par l'assurance lorsqu'ils sont nécessaires après la 20e année (let. a) ; lorsqu'ils sont nécessaires avant la 20e année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par

l'assurance-invalidité fédérale (let. b). L'art. 19a OPAS doit être lu en corrélation avec l'art. 27 LAMal qui dispose qu'en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGa) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

#### **E. 4**

Sous le régime de la LAMA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015), les mesures dentaires ne constituaient pas, en principe, des traitements médicaux au sens de l'art. 12 al. 2 ch. 1 et 2 LAMA, de sorte qu'elles n'étaient pas à la charge des caisses-maladie au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Étaient réservées les prestations que les caisses-maladie étaient tenues de fournir pour de telles mesures en vertu de leurs dispositions statutaires ou réglementaires (ATF 116 V 114 consid. 1b). Le caractère dentaire de la mesure n'était pas supprimé par le fait que le traitement appliqué à l'appareil masticateur constituait une mesure préalable et nécessaire à la mise en œuvre du traitement médical d'une maladie. C'est ainsi que le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une caisse-maladie n'était pas obligée de rembourser à un assuré les frais d'extraction de dents (et des frais de prothèses) préalable à une opération du cœur, afin de supprimer des foyers septiques potentiels et prévenir tout risque oslérien (ATF 116 V 114; voir aussi RAMA 1990 n. K 836 p. 135).

#### **E. 5**

Sous l'empire du nouveau droit (entré en vigueur le 1er janvier 1996), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.

#### **E. 6**

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). Un lien de causalité entre la nécessité d'administrer le traitement envisagé et la maladie grave doit être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_237/2010 du 30 août 2010 consid. 6.3 et la référence ; 9C\_580/2012 du 27 février 2013 consid. 4.2). En cas de soins dentaires, il y a atteinte à la santé, et donc maladie, lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler (ATF 125 V 16 consid. 3a). Sont des traitements dentaires, principalement, les mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire, à savoir le traitement des dents, de l'appareil de soutien de la dent (parodonte), ainsi que les soins aux organes destinés à recevoir une prothèse dentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 101/03 du 22 juillet 2004 consid. 3.2 et la référence).

A/3772/2017 - 14/25 -

#### **E. 7**

a. 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. À 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 OPAS. b. 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. Il s'agit en particulier des maladies dentaires (let. a): granulome dentaire interne idiopathique (ch.1), dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste) (ch.2) ; des maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) (let. b) : parodontite pré pubertaire (ch. 1), parodontite juvénile progressive (ch. 2), effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3). 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. En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 333 consid. 5a et b; SVR 2002 KV 39 p. 142 consid. 3d). 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.

## **E. 8**

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 19a OPAS (ATF 129 V 80 consid. 1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_364/2010 du 29 octobre 2010 consid. 2.2).

## **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). 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).

A/3772/2017 - 17/25 - 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. 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. 10**

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. 11**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment

A/3772/2017 - 18/25 - quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du

26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 12**

a. En l'occurrence, l'intimée refuse de prendre en charge la réfection de la prothèse (partielle) posée en 1994, à titre d'entretien, ainsi que l'extraction des dents restantes supérieures (11, 12, 21 et 22), mobiles, et leur remplacement par une nouvelle prothèse supérieure. b. En ce qui concerne la réfection de la prothèse à titre d'entretien, c'est à tort que l'intimée considère que ce traitement n'est pas à la charge de l'AOS, faisant valoir que les soins dentaires prodigués en 1994 n'étaient pas couverts sous l'empire de la LAMA. À cette époque, selon les renseignements médicaux au dossier, la recourante, atteinte d'un purpura thrombopénique idiopathique, avait subi une splénectomie et bénéficié d'un traitement immunosuppresseur. Dans ce cadre, plusieurs dents avaient été extraites afin d'éliminer les foyers infectieux dû à l'immunosuppression et remplacées par des prothèses amovibles (cf. rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 12 mars 2015 et 6 octobre 2009, rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2015). Certes, à ce moment, la LAMA, alors applicable – contrairement à l'art. 19 OPAS, en particulier la let. d, en lien avec l'art. 31 al. 1 let. c LAMal –, ne prévoyait pas la prise en charge desdits traitements. Il n'est toutefois pas exclu qu'INTRAS, la caisse-maladie à laquelle était affiliée la recourante à l'époque, ait fourni les prestations conformément à ses dispositions statutaires ou réglementaires (cf. consid. 4 ci-dessus). Au demeurant, contrairement aux dires de l'intimée selon lesquels la recourante n'a pas prouvé qu'INTRAS avait pris en charge le traitement dentaire en 1994 (i.e. l'extraction de certaines dents et la mise en place d'une prothèse partielle), il ressort du dossier qu'INTRAS a pris en charge des soins dentaires entre 2006 et 2010 (cf. courrier d'INTRAS du 11 février 2010, décomptes de prestations pour des traitements entre 2006 et 2009), soit après l'entrée en vigueur de la LAMal, dont on peut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'ils étaient une conséquence du traitement subi en 1994. On déduit ainsi de ces documents qu'INTRAS avait pris en charge le traitement prodigué en 1994 ; dans le cas inverse, elle n'aurait pas accepté de prester ultérieurement, dès lors que la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'AOS en cas de maladie est exhaustive. En d'autres termes au degré de la vraisemblance prépondérante à lecture des correspondances produites (cf. ci-dessus en fait ad ch. 11), si INTRAS n'avait pas considéré que les soins dentaires dont la prise en charge était requise entre 2006 et 2010 ne tombaient pas sous le coup des art. 17 à 19 OPAS et qu'ils ne résultaient pas de la problématique survenue en 1994, elle n'aurait pas alloué les prestations y relatives.

A/3772/2017 - 19/25 - Quoi qu'il en soit, l'obligation de prester incombe en principe à l'assureur-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement sujet à remboursement ; en matière d'assurance-maladie en effet, la date de la survenance de la maladie ou de sa première apparition n'est pas décisive pour déterminer l'obligation de prester de l'assurance (ATF 126 V 319 consid. 4a). Ainsi, il incombe à l'intimée, en sa qualité d'assurance-maladie de la recourante au moment des traitements litigieux, de rembourser les frais de ceux-ci pour autant que les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal et de la disposition topique parmi les art. 17 à 19a OPAS soient réunies. Par conséquent, le fait que le traitement dentaire prodigué en 1994 ait été remboursé (ou ne l'ait pas été) par INTRAS n'est de toute manière pas pertinent pour déterminer si, à l'heure actuelle, l'intimée doit prendre en charge les traitements litigieux à la lumière du nouveau droit. C'est à juste titre que l'intimée a indiqué le 20 novembre 2015 que la nature des affections dont souffrait la recourante en 1994 et les soins dentaires dont elle avait bénéficié à cette époque, préalables

et nécessaires à la mise en œuvre du traitement de sa maladie, correspondent à l'état de fait médical mentionné à l'art. 19 let. b OPAS, avant de se rétracter, à tort, dans la décision dont est recouru, estimant, cette fois, que ladite disposition entre en ligne de compte lorsqu'une intervention nécessite un traitement immunosuppresseur de longue durée, telle qu'une greffe, ce qui n'avait pas été le cas de la recourante, celle-ci ayant souffert d'un purpura thrombopénique idiopathique. Or, l'intimée omet que la recourante a subi une ablation de sa rate (splénectomie) ainsi qu'un traitement immunosuppresseur entre 1994 et 1998, que le traitement dentaire avait été instauré pour éliminer tout risque de foyer infectieux sous-jacent et que l'art. 19 OPAS couvre précisément ce cas de figure. Le traitement dont la prise en charge est requise actuellement consiste dans la mise en place d'une nouvelle prothèse, en remplacement de l'appareillage installé en 1994. Les soins dentaires au sens de l'art. 19 OPAS comprennent également la remise en état, dans certaines circonstances, aux frais de l'AOS, d'une prothèse dentaire en mauvais état (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2). En effet, il va de soi que si le traitement de la maladie grave au sens de l'art. 19 OPAS a requis un soin dentaire préalable, comme en l'espèce – en particulier la nécessité de procéder à l'extraction de dents et le rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses dentaires –, et que l'usure de l'appareil mis en place vingt-et-un ans auparavant (« les prothèses étaient très vieilles et usées » ; cf. rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2015) nécessite un nouveau traitement prothétique pour conserver la fonction masticatoire, on ne saurait contester à celui-ci le caractère de prestation obligatoire. On relèvera au passage que, dans l'arrêt K 48/03, cité par l'intimée, qui concernait le cas d'un assuré, qui avait bénéficié de la mise en place en 1982 d'un appareil au titre de mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale (fente palatine), prise en charge par l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a jugé que si

A/3772/2017 - 20/25 - le lien de causalité entre la nécessité d'administrer le nouveau traitement prothétique en 2000 (le premier appareil était usé) et l'infirmité congénitale est donné – point qui nécessitait une instruction complémentaire, car il n'était pas clair si la nouvelle prothèse partielle se rapportait uniquement aux dents ayant fait l'objet de l'appareillage en 1982 ou à d'autres dents –, alors la caisse-maladie devra prendre en charge, au titre de l'AOS, les frais inhérents au traitement prothétique des dents ayant fait l'objet de l'appareillage en 1982. Dans cette affaire, la prise en charge éventuelle du nouveau traitement prothétique en 2000 n'a pas été niée (d'emblée) du fait que l'appareil dentaire avait été mis en place en 1982, soit à une époque où l'art. 19a OPAS, en lien avec les traitements dentaires occasionnés par les infirmes congénitaux, n'était pas encore applicable. Pour rappel, cette disposition est en vigueur depuis le 1er janvier 1997. En conséquence, si l'appareillage, mis en place sous l'empire de la LAMA, a été dispensé pour des motifs que l'on retrouve dans l'OPAS, comme en l'espèce, alors l'assureur-maladie actuel est tenu de prendre en charge la réfection de l'appareil usé. Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a procédé à la reformatio in pejus de sa décision du 9 novembre 2016. Le traitement – à hauteur de CHF 4'520.75, sous déduction, le cas échéant, de la participation légale aux coûts (franchise et/ou quote-part) – relatif à la réfection de la prothèse (partielle) posée en 1994 est bel et bien à la charge de l'intimée, conformément à la loi et à la jurisprudence, et non pas seulement à titre de pro forma. En outre, c'est à tort que l'intimée, par pli du 14 avril 2016, après avoir informé la recourante de son acceptation de rembourser le remplacement de la prothèse (partielle), a indiqué qu'elle se déchargeait de toute responsabilité à l'avenir. En effet, le régime de l'assurance obligatoire des soins

échappe à la libre disposition des parties (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 27/06 du 9 mai 2007 consid. 4.2). Ainsi, en 2016, l'intimée ne pouvait pas anticiper sur la question de savoir si les conditions légales de la prise en charge d'un traitement futur seraient remplies ou non, étant souligné qu'un assuré a droit aux prestations lorsque les conditions requises par la LAMal sont réunies. c. S'agissant de l'extraction des dents restantes supérieures (11, 12, 21 et 22), mobiles, et de leur remplacement par une nouvelle prothèse supérieure, l'intimée est d'avis que ce traitement ne relève pas de l'un des états de fait médicaux mentionnés aux art. 17 à 19 OPAS. Dans son appréciation du 18 avril 2017, le médecin-dentiste conseil a expliqué que le PTI dont était atteinte la recourante est une pathologie due à une destruction des plaquettes dans le cadre d'un processus auto-immun médié par des auto-anticorps et qu'une thrombopénie excessive se manifeste par un syndrome hémorragique qui peut survenir en cas de traumatisme ou de geste traumatique (par ex. : lors d'une extraction dentaire). L'intimée considère que l'extraction desdites dents et la pose de la prothèse n'entrent pas dans la prévision envisagée par l'art. 18 al. 1 let. a ch. 5

A/3772/2017 - 21/25 - OPAS qui se rapporte aux diathèses hémorragiques, les soins dentaires occasionnés par cette maladie se limitant aux traitements permettant de stopper l'hémorragie, ce qui n'inclut pas l'extraction des dents. Dans la mesure où le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 12 mars 2015, qu'après le traitement, la thrombopénie idiopathique n'avait pas récidivé, ce qui laisse à penser que la recourante ne risque pas de souffrir d'une hémorragie lors de l'extraction de dents, et que la Dresse B\_\_\_\_\_ n'a pas posé le diagnostic de diathèses hémorragiques, le traitement litigieux ne tombe effectivement pas sous le coup de l'art. 18 al. 1 let. a ch. 5 OPAS. En revanche, à ce stade, à défaut d'explications circonstanciées, on ignore si le traitement litigieux doit, le cas échéant, être pris en charge par l'intimée sur la base de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS qui vise les soins dentaires d'une parodontopathie engendrée par les effets secondaires irréversibles de médicaments. Il ressort en effet du dossier que la recourante a suivi un traitement à la cortisone entre 1994 et 1998 (cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2016). À cet égard, le médecin-dentiste conseil relève que l'administration de corticoïdes de longue durée peut entraîner des complications osseuses. Le 20 mars 2017, la Dresse B\_\_\_\_\_ a mentionné que la radiographie montrait une perte osseuse conséquente autour des quatre dents supérieures (11, 12, 21 et 22). Cela étant, le médecin-dentiste conseil conclut qu'il paraît fort probable que toute dégradation parodontale en relation avec les corticoïdes se serait déjà présentée à l'époque et que la progression de la parodontite chez la recourante aurait pu être évitée par des mesures d'hygiène bucco-dentaire. Or, outre le fait que, selon la Dresse B\_\_\_\_\_, l'hygiène bucco-dentaire de la patiente était adéquate, le médecin-dentiste conseil, alors qu'il reconnaît que la prise de corticoïdes de longue durée peut entraîner des complications osseuses, n'explique nullement si cette médication, dont les doses étaient importantes (cf. rapport précité du Dr E\_\_\_\_\_, qui ne précise toutefois pas la quantité effective), a eu (ou non) des effets sur les quatre dents supérieures restantes, étant rappelé que l'imagerie a révélé une perte osseuse conséquente autour desdites dents – dont on ignore la cause. À cet égard, le fait que le Dr D\_\_\_\_\_ ait le 26 juin 2009 indiqué que l'extraction de la dent 23 ne relevait pas des art. 17 à 19 OPAS n'est pas déterminant, en l'absence d'explications, pas plus que ne l'est le commentaire (sommaire) de la Dresse B\_\_\_\_\_ quant au lien de causalité entre la parodontite et la maladie ou les médicaments pris à l'époque, qu'elle estime ne pas pouvoir prouver. Cette dentiste, qui a vu la recourante pour la première fois le 9 juillet 2015, n'a pas indiqué s'être renseignée auprès des Drs

C \_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis 1993, et D \_\_\_\_\_, ancien médecin-dentiste traitant. Son commentaire, non motivé, ne permet pas de savoir si les corticoïdes, utilisés à haute dose (d'après le Dr E \_\_\_\_\_) et à long terme, ont eu (ou non) des effets sur la parodontite constatée chez la recourante. Ainsi, contrairement à ce que prétend l'intimée, le simple fait que la Dresse B \_\_\_\_\_ ait indiqué qu'elle ne peut pas prouver (un éventuel) lien de

A/3772/2017 - 22/25 - causalité – sans doute à défaut d'avoir procédé à des investigations – ne signifie guère que, selon la dentiste traitante, la relation causale n'était pas établie. Il appartenait à l'intimée, conformément au principe inquisitoire, d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, si et dans quelle mesure les corticoïdes administrés entre 1994 et 1998 étaient la cause (ou non) des mobilités dentaires (11, 12, 21 et 22), singulièrement de l'extraction desdites dents et de la pose de la prothèse (supérieure) qui s'en sont suivies (cf. dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2012 du 27 février 2013 consid. 4.2). En conséquence, il convient de renvoyer la cause à l'intimée pour complément d'instruction, auprès d'un médecin indépendant, afin qu'il réponde aux questions demeurées en suspens. Ceci fait, l'intimée statuera à nouveau en ce qui concerne la prise en charge éventuelle de l'extraction des dents supérieures (11, 12, 21 et 22) et de leur remplacement par une nouvelle prothèse supérieure.

### **E. 13**

juin 2016, cela signifie qu'elle avait en réalité commencé le traitement avant même que l'intimée ne se prononce à ce sujet. On ne peut dès lors pas reprocher à l'intimée d'avoir créé une attente légitime à l'égard de son assurée. Une telle attente ou assurance ne peut pas non plus être déduite de l'argumentation de la recourante selon laquelle d'autres frais dentaires lui avaient été remboursés auparavant par INTRAS, notamment entre 2006 et 2009. En effet, contrairement à ce que paraît croire la recourante, INTRAS (i.e. INTRAS Assurance-maladie SA), caisse-maladie, inscrite depuis le 26 juin 2008 au registre du commerce du canton de Vaud n'a pas fusionné avec l'intimée (i.e. CSS Assurance-maladie SA), autre caisse-maladie, inscrite au registre du commerce du canton de Lucerne depuis le 5 juin 2003. Toutes deux sont affiliées au Groupe CSS (cf. l'organigramme présenté sur le site Internet du Groupe CSS

[https://www.css.ch/fr/home/ueber\\_uns/unternehmen/gruppengesellschaft.html](https://www.css.ch/fr/home/ueber_uns/unternehmen/gruppengesellschaft.html), qui est constitué de la CSS Holding SA et de ses sociétés affiliées. C'est le Groupe CSS qui avait repris INTRAS avec effet rétroactif au 1er janvier 2008 (cf. communiqué du 29 mai 2008, CSS et INTRAS: les autorités de surveillance autorisent le regroupement ;

<https://www.presseportal.ch/fr/pm/100003522/100562804>) et non l'intimée. Le fait qu'INTRAS, à laquelle était affiliée la recourante à l'époque, ait fourni des prestations pour des soins dentaires ne permet pas d'établir qu'une promesse de prise en charge pour des prestations futures aurait été donnée – l'étendue de la prise en charge des prestations par l'assurance-maladie obligatoire découle par ailleurs des dispositions de la LAMal, si bien que les conditions de remboursement diffèrent d'un traitement à un autre –, d'autant moins qu'INTRAS et l'intimée, bien qu'elles soient toutes deux membres du Groupe CSS, sont deux entités juridiques distinctes. Les décisions antérieures d'INTRAS n'engagent donc pas la responsabilité de l'intimée. Partant, dans l'éventualité où les corticoïdes administrés entre 1994 et 1998 n'ont pas causé la mobilité des dents supérieures 11, 12, 21 et 22, la recourante ne pourra pas, au vu des développements qui précèdent, se fonder sur le principe de la bonne foi pour obtenir malgré tout la prise en charge de l'extraction desdites dents et de la mise en place d'une prothèse supérieure.

#### **E. 14**

a. Enfin, la recourante réclame des intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 15 juin 2017 sur la somme de CHF 4'772.60. b. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

A/3772/2017 - 24/25 - Le point de départ du délai de vingt-quatre mois correspond au moment de la naissance du droit. Pour chaque prestation, il faut consulter la loi spéciale applicable pour déterminer à quel moment naît le droit à cette prestation (Sylvie PÉTREMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurance sociales, 2018, n. 36 ad art. 26 LPGA). En matière d'assurance-maladie, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de prester de l'assureur (ATF 126 V 319 consid. 4a). Compte tenu des deux délais prévus à l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus au plus tôt douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, dans la mesure où, à ce moment-là, le délai de vingt-quatre mois depuis la naissance du droit est écoulé (PÉTREMAND, op cit., n. 38 ad art. 26 LPGA). c. En l'occurrence, l'intimée est tenue de rembourser les honoraires relatifs aux soins portant sur la réfection de la prothèse partielle posée en 1994, évalués à CHF 4'520.75. Ces soins ont été réalisés le 6 août 2015 (cf. facture du 13 octobre 2015). Ainsi, la recourante peut prétendre à un intérêt moratoire dès le 1er août 2017, soit le premier jour du mois durant lequel le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit a expiré (cf. art. 7 al. 2 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA – RS 830.11]), étant précisé qu'au 1er juillet 2016, soit douze mois après la demande de prise en charge du 16 juillet 2015, le délai de vingt-quatre mois n'était pas encore écoulé.

#### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et l'intimée condamnée à rembourser à la recourante la somme de CHF 4'520.75, correspondant à la réfection de la prothèse partielle posée en 1994, sous déduction le cas échéant de la franchise et de la quote-part à la charge de la recourante, avec intérêts de 5% dès le 1er août 2017. La cause est également renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision en ce qui concerne la prise en charge éventuelle de l'extraction des dents supérieures 11, 12, 21 et 22 et de la mise en place d'une prothèse supérieure.

#### **E. 16**

Au vu de l'issue du recours, l'audition de la dentiste traitante, offerte par la recourante, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

#### **E. 17**

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3772/2017 - 25/25 - 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.