

GE_GERICHTE ATAS/769/2016 vom 28. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_769_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/769/2016 du 28 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/769/2016 del 28 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et 5 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) et à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal et de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

E. 4

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a et ATF 117 V 294 consid. 2a; voir aussi ATF 122 V 34 consid. 2a). En l'espèce, dans ses décisions qui déterminent l'objet de la contestation,

l'intimée a examiné son obligation de prêter aussi bien en tant qu'assureur-accidents qu'en tant qu'assureur-maladie. Dans son recours, le recourant ne conteste pas que le traitement en question ne concerne pas une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ni qu'il n'a pas subi un nouvel accident en 2012-2013

A/669/2016 - 9/13 - ayant provoqué les lésions dentaires faisant l'objet dudit traitement. Par conséquent, l'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à refuser la prise en charge du traitement dentaire décrit dans le devis du 11 février 2013 en tant que séquelle tardive des accidents des 2 août 1984, 14 août 1987 et 3 septembre 1999. Aussi, les conclusions du recourant quant à la prise en charge par l'intimée des séquelles tardives des accidents de 1984 et 1987 - autres que celles concernant le traitement litigieux - ainsi que l'étendue de la prise en charge de la SUVA pour les séquelles tardives de l'accident de 1999 n'ont aucun rapport avec l'objet du litige ainsi circonscrit et sont donc irrecevables.

E. 5

En matière d'assurance-accidents, aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le dentiste (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ainsi qu'aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

E. 6

En matière d'assurance-maladie, 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/669/2016 - 10/13 - 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). 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 OAMal, le Conseil fédéral a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette 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). D'après les renseignements donnés par le Dr E_____, la nature des troubles dentaires dont souffre le recourant ne relève manifestement pas de l'une des maladies énumérées aux art. 17 à 19a OPAS. A juste titre, le recourant ne le conteste pas, de sorte qu'il n'a pas droit à des prestations à la charge de l'assurance- maladie fondées sur l'art. 31 al. 1 LAMal.

E. 7

a) Selon l'art. 1a al. 2 de la LAMal, l'assurance-maladie sociale couvre non seulement la maladie (let. a), mais aussi l'accident (let. b) et la maternité (let. c). En cas d'accident au sens de l'art. 1a, al. 2, let. b, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal). Aux termes de l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal. Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses- maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats (art. 102 al. 4 LAMal). A teneur de l'art. 110 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), dans la mesure où, dans un cas d'assurance, des prestations de l'assurance-maladie sont en concours avec des prestations de même nature de l'assurance-accidents au sens de la LAA, de l'assurance militaire, de l'assurance- vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité ou de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain, les prestations de ces autres assurances sociales doivent être allouées en priorité. b) Les accidents ne sont toutefois couverts par l'assurance-maladie sociale que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une assurance-accidents, qu'elle soit obligatoire ou privée. Dans ce domaine, l'assurance-maladie sociale remplit une fonction subsidiaire c'est-à-dire qu'elle peut être amenée à prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents (cf. Message du Conseil fédéral

A/669/2016 - 11/13 - concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, in : FF 1992 I 123). c) En matière d'application du droit dans le temps se pose la question des frais de traitement pour les séquelles tardives ou les rechutes d'accidents qui se sont produits avant l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996, lorsque ni un assureur social tenu prioritairement selon l'art. 110 OAMal, ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, LAMal n'ont à en répondre. Selon le système de la loi et les buts fixés par le législateur, c'est normalement à l'assurance-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement qu'il incombe d'allouer ses prestations. Cette règle découle au demeurant de la disposition de l'art. 103 al. 1 LAMal qui se réfère à la date du traitement et non pas, par exemple, à celle de l'événement assuré ou de l'envoi de la facture. 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 d'allouer des prestations. Etant donné l'art. 28 LAMal qui met sur un pied d'égalité les prestations en cas de maladie et d'accidents, on doit en déduire que lorsque les conditions de l'art. 1a al. 2 let. b LAMal sont données, il en va de

même de la prise en charge par l'assureur- maladie, tenu au moment du traitement, des soins pour les suites tardives ou la rechute d'un accident (ATF 126 V 319 consid. 4a). Comme l'art. 31 al. 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de l'assureur-maladie d'allouer des prestations (ATF 126 V 321 consid. 4a; RAMA 1998 no KV 33 p. 284 consid. 2).

E. 8

a) En l'espèce, avant l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, le recourant était couvert contre la maladie et les accidents par la Winterthur, une assurance privée régie par la LCA. C'est cette dernière qui a pris en charge le traitement dentaire à la suite de l'accident d'avion du 2 août 1984, notamment la pose d'un pont reliant les dents 13 à 23 et d'une couronne dentaire CMM sur les dents 15, 45 et 46. Elle a également couvert les suites de l'accident du 14 août 1987. En revanche, l'accident du 3 septembre 1999, lors duquel le recourant a subi une contusion des dents 13 à 23, une fracture des couronnes 26 et 36 ainsi qu'une ébréchure de la céramique vestibulaire sur 21 du pont 13 à 23 et une augmentation de la mobilité du pont (cf. avis du Dr D_____), a été pris en charge par la SUVA, soit l'assureur-accidents du recourant au moment de l'accident. S'agissant du traitement litigieux de 2012-2013, il consiste en une ablation de la dent 23 - atteinte d'un grand granulome et d'une fissure radiculaire due au tenon avec perte complète osseuse péri-radicaire -, la pose d'implants aux dents 11 et 23 ainsi que d'un pont provisoire, puis d'un pont définitif reliant les dents 11 à 23. Selon le rapport des Drs E_____ et F_____ du 22 décembre 2015, les fissures

A/669/2016 - 12/13 - radiculaires sur présence de tenon sont des complications tardives fréquentes et classiques. En l'occurrence, la dent 23 a nécessité un tenon lors de la pose du pont reliant les dents 13 à 23 à la suite de l'accident du 2 août 1984 qui n'a pas été couvert par une assurance sociale mais par une assurance-accidents privée. En revanche, la SUVA - qui est un assureur social - a accepté par décisions des 13 avril 2015 et

E. 10

novembre 2015 de prendre en charge partiellement le traitement dentaire en tant que séquelle tardive de l'accident du 3 septembre 1999. Par conséquent, dans la mesure où une autre assurance sociale tenue prioritairement selon l'art. 110 OAMal a accepté de couvrir partiellement le traitement dentaire, ce dernier doit être pris en charge en priorité par l'assureur-accidents de 1999. Même si cet assureur ne couvre pas l'intégralité du traitement mentionné dans le devis du 11 février 2013, l'intimée n'a pas à intervenir à titre subsidiaire en allouant les frais non pris en charge par l'assureur-accidents. En effet, dans la mesure où les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b), la limitation de la couverture de l'assureur-accidents reposent sur les mêmes motifs que dans l'assurance-maladie, ce qui exclut toute intervention complémentaire de cette dernière. b) S'agissant du grief concernant l'absence d'instruction médicale indépendante de la part de l'intimée, il ne peut être que rejeté dès lors que n'ayant pas à couvrir les frais de traitement litigieux, l'intimé n'avait pas à instruire la demande médicalement au sens de l'art. 43 LPGA. c) Enfin, contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'intimée n'a pas accepté de prendre en charge les frais de traitement à hauteur de CHF 3'500.- dans sa décision du 8

décembre 2015. Au contraire, celle-ci conclut expressément au refus de prise en charge des coûts pour le traitement dentaire contesté. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. L'intimée qui obtient gain de cause et est représentée par un mandataire conclut à l'octroi de dépens. Toutefois, tant l'art. 61 let. g LPGA que l'art. 89H al. 3 LPA-GE ne prévoient l'allocation de dépens qu'au recourant qui obtient gain de cause. Par conséquent, l'intimée sera déboutée de sa conclusion. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/669/2016 - 13/13 - 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.