

GE_GERICHTE ATAS/791/2024 vom 15. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_791_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/791/2024 du 15 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/791/2024 del 15 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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 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. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans le délai prévu par la loi, le recours sera déclaré recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, l'intimée doit prendre en charge le traitement dentaire dont la recourante sollicite la prise en charge et pour lequel elle a fourni deux devis.

A/3324/2022 - 7/12 -

E. 3.1

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 et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a).

E. 3.2

Selon 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).

E. 3.3

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation 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 (ci-après : DFI) a édicté les 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), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal.

E. 3.4

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. La let. b ch. 3 vise notamment, dans le cas des maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies), les effets secondaires irréversibles de médicaments.

E. 3.5

Afin de déterminer si les frais de traitement d'une parodontopathie imputable à une chimiothérapie d'une pathologie maligne doivent être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, il convient d'examiner si elle constitue l'effet secondaire irréversible de médicaments au sens de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS.

E. 3.6

L'art. 18 al. 1 OPAS dispose que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves suivantes ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement (art. 31, al. 1, let. b, LAMal) : maladies du système hématopoïétique, neutropénie, agranulocytose (ch. 1), anémie aplastique sévère (ch. 2), leucémies (ch. 3), syndromes myélodysplastiques (SDM) (ch. 4), diathèses hémorragiques (ch. 5) (let. a) ; maladies du métabolisme : acromégalie (ch. 1), hyperparathyroïdisme (ch. 2), hypoparathyroïdisme idiopathique (ch. 3), hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D) (ch. 4) (let. b) ; autres maladies : polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires (ch. 1), maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires (ch. 2), arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires (ch. 3), maladie de Papillon-Lefèvre (ch. 4), sclérodermie (ch. 5), SIDA (ch. 6), maladies psychiques

A/3324/2022 - 8/12 - graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication (ch. 7) (let. c) ; maladies des glandes salivaires (let. d). Aux termes de l'art. 18 al. 2 OPAS, les prestations mentionnées à l'al. 1 ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.

E. 3.7

Selon la jurisprudence, les diagnostics et indications suivants ne tombent notamment pas sous le coup de l'art. 18 OPAS : atteintes du système de la mastication causées par le diabète, par des radiations en raison d'un carcinome, atteintes liées à une chimiothérapie et à une radiothérapie en cas de lymphome de Hodgkin et de cancer du sein, extraction d'une dent après une chimiothérapie administrée en raison d'un cancer, colite (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 31 ad art. 31 LAMal).

E. 3.8

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.

E. 3.9

Les coûts de tous les traitements dentaires qui sont nécessaires en raison de la grave maladie au sens de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal doivent être pris en charge (ATF 124 V 351 consid. 2d). La maladie du système de la mastication doit être objectivement inévitable. Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles ; une personne assurée qui, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Les mesures d'hygiène à prendre au quotidien et les visites régulières chez le dentiste doivent toutefois rester raisonnablement exigibles (ATF 128 V 59 consid. 6d). Lorsque les soins d'hygiène buccaux sont simplement plus difficiles mais pas impossibles, par exemple en raison d'une dépression, le critère de l'inévitabilité n'est pas réalisé (ATF 128 V 70 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2007 du 5 mars 2008 consid. 3).

E. 3.10

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 19 OPAS (ATF 129 V 80 consid. 1.3, arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 1.2).

E. 3.11

Certes, les dispositions de l'OPAS n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Néanmoins, le Tribunal fédéral des assurances s'impose une grande retenue dans cet examen. En effet, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En outre, le catalogue des maladies repose sur une consultation préalable de la Commission fédérale des prestations générales. Or, sous l'angle médical, les avis de la commission sont propres à assurer au contenu de la liste une certaine

A/3324/2022 - 9/12 - homogénéité, qui ne serait plus garantie en cas de complément de cette liste par le juge (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 107/00 du 6 novembre 2000 consid. 2). Un complément par le juge nécessiterait en outre une consultation préalable d'experts, ce qui prendrait un temps considérable (ATF 124 V 185 consid. 6).

E. 3.12

En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes – dont les avis sont à la base d'une décision du DFI – se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 142 V 249 consid. 4.3). Faute d'indices permettant de penser que la limitation critiquée serait la conséquence d'une lacune manifeste ou reposerait sur des considérations arbitraires de la part du législateur, il n'y a pas place pour substituer une autre appréciation à celle de l'autorité compétente, d'autant moins lorsqu'elle est fondée sur l'avis de spécialistes (ATF 139 V 509 consid. 5.3). D'autre part, le juge n'a pas la possibilité d'étendre le contenu d'une liste par un raisonnement analogique (ATF 125 V 21 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 46/05 du 13 février 2006 consid. 5.1).

E. 3.13

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 LPGa), 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 3.14

L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 consid. 3.2, 138 V 218 consid. 6).

A/3324/2022 - 10/12 -

E. 3.15

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).

E. 4.1

En l'espèce, si l'on peut d'emblée exclure l'application des art. 19 et 18 OPAS, dans la mesure où l'on ne se trouve ni dans le cas où le traitement dentaire envisagé est un préalable nécessaire à un traitement contre le cancer ni dans la liste des affections de la seconde disposition, l'on doit s'interroger sur l'application de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS au cas d'espèce. En effet, cette disposition vise le cas de parodontopathie. Avant de pouvoir déterminer si les frais de traitement d'une parodontopathie imputable à une chimiothérapie d'une pathologie maligne doivent être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire et d'examiner ainsi si elle constitue l'effet secondaire irréversible de médicaments au sens de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS, il sied de déterminer s'il existe un lien de causalité entre elle et le traitement dentaire préconisé.

E. 4.2

Afin de répondre à ces questions, une expertise a été mise en œuvre. L'expert a procédé selon sa mission d'expertise en précisant avoir vu à sa consultation la recourante et avoir entendu les informations que celle-ci lui a fournies. Pour trancher la question du lien de causalité entre les traitements contre le cancer suivis depuis 2014 par la recourante et son état bucco-dentaire, l'expert rappelle n'avoir à sa disposition que des radiographies postérieures au traitement initial dont la recourante disposait, la photographie de la bouche de la patiente antérieure au traitement n'étant pas interprétable pour l'expert. Ce dernier a indiqué qu'afin de pouvoir répondre clairement aux questions posées dans la mission d'expertise, il aurait fallu pouvoir disposer de radiographies dentaires datant d'avant le traitement entre 2012 et 2014 par exemple. L'expert a néanmoins répondu aux questions posées de façon convaincante en se fondant sur son examen clinique et tous les éléments au dossier, ainsi que sur ses connaissances de spécialiste, de sorte que son rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il apparaît que les cycles de chimiothérapie subis par l'assurée ne s'imposent pas, à un degré de vraisemblance prépondérante, comme étant la cause des cassures et fractures de ses dents. L'expert n'a ainsi pas retenu de lien de causalité entre ces traitements et les fractures et cassures des dents de la recourante. La chambre de

A/3324/2022 - 11/12 - céans constate sur ce point qu'il est établi que les dents 35, 15 et 36 avaient déjà subi des traitements avant les cycles de chimiothérapie respectivement en 2001, 2009 et 2010. Un dentiste consulté par la recourante avait d'ailleurs relevé (cf. EN FAIT A. t) que le traitement qu'il devisait avait pour but de traiter des dents en raison de récurrences de caries et de perte d'obturations. Ces dents étaient dès lors déjà lésées avant les traitements lourds subis par la recourante. L'expert a en outre précisé que les traces d'érosion provoquées par les vomissements dus aux chimiothérapies n'apparaissent pas sur les dents pour lesquelles la recourante sollicitait des soins, mais uniquement sur les dents antérieures lesquelles n'avaient pas connu de cassure ou de fracture. Enfin, le dossier ne permet pas de retenir que les exigences strictes posées par le Tribunal fédéral en matière d'hygiène dentaire ont été remplies au cours des divers traitements. La recourante a indiqué ne pas avoir reçu de conseils ou de prophylaxie des médecins en lien avec les traitements subis. Pour tous ces motifs, les traitements dentaires envisagés ne relèvent pas de la prise en charge de l'assurance-maladie de base. Le recours ne peut qu'être rejeté.

E. 5

Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 1'469.40 et CHF 65.10 resteront à charge de l'État.

A/3324/2022 - 12/12 - 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.