

GE_GERICHTE A/3239/2011 vom 10. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3239_2011

FR: GE_GERICHTE A/3239/2011 du 10 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE A/3239/2011 del 10 luglio 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à GENEVE recourante contre EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, sis rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY intimée EN FAIT Madame M _____, née en 1935 (ci-après l'assurée ou la recourante), était affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de LA CAISSE VAUDOISE, laquelle est devenue, suite à une fusion, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assureur). L'assurée a souffert d'un carcinome épidermoïde peu différencié de l'amygdale gauche, ayant nécessité une radiothérapie exclusive en 1997. Le 5 juillet 2008, l'assurée a fait parvenir à l'assureur une estimation d'honoraires établie en date du 30 juin 2008 par le Dr A _____, médecin-dentiste, portant essentiellement sur des couronnes et des moignons des dents no 31, 41, 42, 43 et 44. Elle s'élevait à 11'942 fr. 20. En date du 21 novembre 2008, le Prof. B _____, qualifié en stomatologie et chef de division de la Section de médecine dentaire de l'Université de Genève, a certifié avoir examiné l'assurée en date du 20 novembre 2008. Il a déclaré qu'après 11 ans de fluoration, il n'y avait aucune carie malgré une hyposialie importante, mais toutes les dents inférieures présentaient une importante abrasion sans doute favorisée par une fluorose due à la fluoration faite (trop régulièrement) depuis de nombreuses années. Cette abrasion ne concernait que les dents inférieures restantes, car d'une part, leurs vis-à-vis (dents) étaient couronnées et d'autre part, l'assurée ne pouvait pas porter sa prothèse partielle amovible inférieure en raison d'une irradiation de la fibromuqueuse gingivale. Le 5 décembre 2008, l'assureur a informé le Dr A _____ que le traitement dentaire proposé dans son devis du 30 juin 2008 n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, car il ne remplissait pas les conditions légales. Il suggérait de réaliser un complet inférieur stabilisé par deux bases coulées 33 et 44 pour environ 5'000 francs. Par avis du 24 janvier 2009, le Dr C _____, médecin-dentiste conseil de l'assureur, a notamment retenu le diagnostic d'usures dentaires (abrasion) des dents no 31 à 44. Il a expliqué que la perte des molaires mandibulaires et le fait que l'assurée ne portait plus sa prothèse mandibulaire, en raison d'une irritation de la gencive, favorisaient l'usure des dents antérieures. Il a cependant relevé que le carcinome épidermoïde en tant que tel n'avait aucun impact sur l'usure des dents, que l'effet direct des rayons sur les tissus dentaires était débattu, mais ne constituait pas un argument pour expliquer l'usure des dents no 31 à 44 et que la xérostomie, qui favorisait les caries dentaires, n'avait pas d'influence sur l'abrasion des dents. Au vu de ces éléments, aucun argument scientifique ne permettait de retenir que l'abrasion des dents no 31, 41, 42, 43 et 44 pouvait résulter de la radiothérapie ou de la xérostomie. Il a reconnu que la dureté des couronnes céramiques favorisait l'usure des dents naturelles antagonistes, ce qui était le cas de l'assurée, toutefois, les couronnes sur les dents no 11, 12, 13, 14 et 21 avaient été réalisées avant 1997, et donc avant l'apparition du carcinome épidermoïde. Partant, la confection de ces couronnes n'était consécutive ni à la maladie de l'assurée ni au traitement

de radiothérapie ou aux séquelles du traitement (xérostomie). Le Dr C _____ a ainsi conclu que la relation de cause à effet n'était pas suffisamment établie pour que l'assureur prenne en charge la totalité des soins proposés par le Dr A _____. Il résulte d'une prise de position du 13 mars 2009, que suite à un entretien téléphonique avec le Dr A _____, le médecin-dentiste conseil de l'assureur a finalement admis la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de la note d'honoraires de 12'065 francs. A la fin de l'année 2010, l'assurée a transmis à l'assureur une note d'honoraires de 2'357 fr. établie en date du 23 novembre 2010 par le Dr A _____. Cette note d'honoraires détaille les traitements prodigués à l'assurée sur les dents no 11, 12, 13 et 21, durant la période courant du 21 octobre au 22 novembre 2010. En date du 13 décembre 2010, l'assureur a informé l'assurée que ces frais n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, mais qu'ils pouvaient être remboursés par une assurance complémentaire pour soins dentaires. Par courrier du 17 décembre 2010 adressé à l'assureur, l'assurée a indiqué avoir pris contact avec le Dr A _____, lequel lui avait confirmé que les soins prodigués du 21 octobre au 22 novembre 2010 étaient uniquement dus aux conséquences de sa maladie. Elle requerrait ainsi de l'assureur qu'il revoie sa position. Afin que l'assureur puisse établir le droit de l'assurée aux prestations, le Dr A _____ a répondu, en date du 28 février 2011, à un questionnaire relatif aux traitements de soins dentaires. Il en résulte que le traitement était dû à une récurrence de caries sous plaque collée sur les dents no 11, 12, 13 et 21, décelée suite à l'abrasion-érosion de l'émail dentaire (plaque confectionnée et scellée en 2002). Ce traitement était en relation avec la maladie dont souffrait l'assurée. De plus, avant l'apparition de la maladie, les dents no 11, 12, 13 et 21 n'étaient pas couronnées, il n'y avait qu'une plaque palatine collée pour protéger de l'abrasion et de l'érosion. Par avis du 17 mars 2011, les Drs C _____ et D _____, médecins-dentistes conseils du GROUPE MUTUEL, ont établi que la prise en charge des traitements de l'assurée devait être refusée, et ce eu égard à l'avis à l'assureur de 2009 et à l'absence de relation entre ces traitements et sa maladie. Par courrier du 22 mars 2011, l'assureur a maintenu sa décision de refus de prise en charge de la facture de 2'357 fr., dans la mesure où ce traitement n'était pas en lien avec la maladie dont elle souffrait. Le 22 avril 2011, l'assurée a exposé à l'assureur que selon le Dr A _____, les traitements effectués durant la période courant du 8 au 15 mars 2011 étaient également engendrés par les conséquences de la maladie, de sorte qu'elle sollicitait à nouveau de l'assureur qu'il revoie sa position. Suite à un entretien téléphonique du 5 mai 2011 entre le Dr A _____ et le Dr C _____, celui-ci a préconisé l'intervention de l'assureur pour le traitement de 2'357 fr. au vu des traitements précédemment pris en charge. Il a toutefois précisé que si de futurs traitement devaient être réalisés, seule une prothèse résine serait prise en charge. Par décision du 10 mai 2011, l'assureur a déclaré qu'il prendrait en charge les frais de traitement qui lui ont été transmis, en revanche, en ce qui concernait les traitements futurs, il n'interviendrait que pour une prothèse résine, laquelle était un traitement efficace, approprié et économique. Le 9 juin 2011, l'assurée a formé opposition contre cette décision, contestant en particulier le refus de prise en charge des traitements futurs, à l'exception d'une prothèse résine. Elle soutient que dans un courrier du 24 octobre 2002, l'assureur avait admis que les conditions légales de prises en charge de son traitement étaient réalisées. Elle a produit, à l'appui de son opposition, une attestation établie en date du 7 juin 2011 par le Dr A _____, lequel a expliqué l'avoir régulièrement soignée depuis le mois de décembre 1997. En 1998, il avait confectionné deux stellites, le supérieur était toujours d'actualité, toutefois, l'assurée n'avait jamais pu porter l'inférieur en raison de l'irritation de la fibro-muqueuse gingivale. En

2002, les dents no 11, 12, 13 et 21 ont été protégées du côté palatin à l'aide d'une plaque métallique. En 2009, l'abrasion importante, vraisemblablement favorisée par une fluorose due à la fluoration faite (trop régulièrement) depuis de nombreuses années, avait nécessité de couronner les dents no 31, 41, 42, 43 et 44. Dans un premier temps, ces dents ont toutes été dévitalisées. En 2010, la plaque palatine s'était décollée et les dents no 11, 12 et 21 avaient nécessité un traitement de racine. Le stellite supérieur était toujours fonctionnel, l'assurée le supportant bien, car sa surface de sustentation était très faible. Le problème provenait, d'après le médecin-dentiste, de l'usure des dents no 11, 12, 13 et 21 qui devraient être couronnées. La confection d'un nouveau stellite overdenture allait surtout poser un problème de rétention, mais également un recouvrement muqueux beaucoup plus important que l'assurée n'allait pas supporter. En outre, il a signalé que l'assurée avait toujours suivi le programme d'hygiène et de fluoration dicté par le Prof. B _____ et son équipe avec beaucoup d'assiduité. Enfin, l'assurée présentait une hyposialie telle qu'elle avait de la peine à se nourrir, à parler et même à respirer. Partant, si sa situation actuelle devait se transformer radicalement par l'adjonction d'un nouvel appareil amovible beaucoup plus volumineux, il estimait que cela ne ferait qu'empirer sa situation et son état général. Dans une prise de position du 30 juin 2011, les Drs C _____ et D _____ ont déclaré, suite à la production des radiographies effectuées par le Dr A _____ entre février 2000 et novembre 2010, maintenir leur avis du 24 janvier 2009, dans la mesure où les nouveaux éléments à disposition ne le modifiait pas. Dans une nouvelle prise de position du 8 septembre 2011, ces médecins-dentistes conseils de l'assureur ont précisé que l'assurée disposait déjà d'une prothèse et que le traitement proposé par l'assureur continuait dans cette direction. Le désagrément causé par le nouvel appareil n'était pas tel qu'il fût nécessaire de réaliser des couronnes céramo-métalliques (CCM). Par décision sur opposition du 13 septembre 2011, l'assureur a confirmé sa décision du 10 mai 2011. Il a estimé, suivant en cela son médecin-dentiste conseil, que malgré tous les soins effectués et pris en charge, le problème dentaire n'était pas résolu, de sorte qu'il allait uniquement intervenir, dans le futur, pour un traitement au moyen d'une prothèse de résine, quand bien même la plaque palatine s'était décollée à cause des dents antagonistes couronnées. En effet, ce traitement était suffisant pour restituer la fonction masticatoire des dents concernées et les frais en résultant étaient estimés à 1'747 fr. 45. Dès lors, l'assureur considérait que la proposition de réaliser des couronnes sur les dents no 11, 12, 13 et 21 - dont le prix avait été estimé à 7'994 fr. 15 - ne pouvait pas être considérée comme un traitement économique et susceptible d'être mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Enfin, attendu que l'assurée disposait déjà d'une prothèse, la pose de la prothèse en résine n'engendrait pas un désagrément tel comparé au traitement consistant à réaliser des couronnes céramo-métalliques, qu'il y eût lieu de prendre en charge le traitement plus onéreux (4.5 fois plus cher). C'était ainsi à juste titre qu'il avait refusé de prendre en charge la confection de ces couronnes. Par acte du 13 octobre 2011, l'assurée interjette recours contre cette décision sur opposition et requiert son annulation. Elle conteste le refus de l'assureur de prendre en charge à l'avenir tout autre traitement que celui consistant à réaliser une prothèse en résine. En effet, elle soutient que l'assureur doit se déterminer, à chaque occasion, sur la base des propositions étayées et devisées du corps médical et en fonction de l'évolution du cas. Dans sa réponse du 13 décembre 2011, l'assureur conclut au rejet du recours, sous suite de dépens. Il fait valoir, conformément à l'avis de son médecin-dentiste conseil, que le traitement coûteux proposé par le Dr A _____ présente des risques non négligeables de complications, en raison des conséquences de la xérostomie

dont souffre la recourante. L'extraction des dents no 11, 12, 13 et 21 et la confection d'une prothèse en résine longue durée est dès lors un traitement efficace et approprié. Sous l'angle de l'économicité, les frais du traitement consistant à réaliser des CCM sont quatre fois et demie supérieurs à ceux d'une prothèse en résine. Ainsi, dans la mesure où la différence pour la recourante entre les deux traitements proposés n'est pas significative, il se justifie de ne prendre en charge que le traitement le plus économique. C'est ainsi à juste titre que l'assureur a refusé de prendre en charge le traitement au moyen des CCM, qui ne peut pas être considéré comme économique. Il produit à l'appui de son écriture un avis établi en date du 8 décembre 2011 par le Dr C _____, lequel a posé les diagnostics suivants : un décollement d'une plaque palatine sur les dents no 11, 12, 13 et 21 sur une récurrence de carie et/ou érosion, une abrasion de l'émail dentine (?), un carcinome épidermoïde peu différencié de l'amygdale gauche, un status post-radiothérapie exclusive (1997), une xérostomie et un traumatisme crânien. Il a expliqué que les traitements de la recourante se sont soldés par de nombreuses complications, en raison de la xérostomie qu'elle présentait. Il fallait encore s'attendre à des complications à moyen terme, de sorte qu'il était justifié d'extraire les dents no 11, 12, 13 et 21 et de confectionner une nouvelle prothèse partielle en résine longue durée, laquelle était plus facilement adaptable et transformable en cas de complications. La prothèse en résine était, à l'instar du stellite, une prothèse amovible, qui ne devrait pas causer de désagréments beaucoup plus importants que le stellite. En outre, le risque de caries était élevé chez la recourante en raison de sa xérostomie, et ce même sur les dents couronnées, soit sur les dents no 11, 12 et 21. Au vu de ces explications, il a conclu que le décollement de la plaque palatine était sans doute consécutif à une occlusion céramo-métallique trop rigide et non en relation avec l'affection médicale de la patiente. Le traitement proposé par le Dr A _____ était, d'après lui, trop coûteux et présentait des risques non négligeables de se compliquer en raison des conséquences de la xérostomie dont souffrait la recourante. L'extraction des dents no 11, 12, 13 et 21 et la confection d'une prothèse en résine longue durée apparaissaient ainsi être le traitement le plus efficace, approprié et économique pour elle dans cette situation. Par courrier du 31 janvier 2012, la recourante indique que sa maladie poursuit son développement et qu'elle a transmis à l'assureur, entre septembre et novembre 2011, des factures détaillées de son médecin-dentiste qui ont été refusées. D'une part, le médecin de l'assureur n'a pas évoqué cette évolution et d'autre part, il suggérait à nouveau l'extraction des dents no 11, 12, 13 et 21, déclarées saines par le Dr A _____, alors même que le problème se situait au niveau des dents cariées no 31 à 44. Elle rappelle également que dans son courrier au Dr A _____ du 24 octobre 2002, l'assureur avait admis que le traitement remplissait les conditions légales, sans mentionner de restriction. Par ailleurs, la recourante requiert notamment de l'assureur qu'il se prononce, à chaque « occasion », sur la base des propositions du corps médical étayées et devisées. Elle transmet à la Cour de céans une attestation établie en date du 25 janvier 2012 par le Dr A _____, lequel a certifié que la recourante avait fait preuve d'une hygiène et d'une fluoruration irréprochables depuis 1997, raison pour laquelle il avait entrepris, en 2009, la réalisation de couronnes sur les dents no 31, 41, 42, 43 et 44, afin de les protéger. Depuis 2010, la santé de la recourante s'était cependant fortement péjorée. En effet, sa sécheresse buccale s'est accentuée, si bien qu'elle avait de plus en plus de peine à respirer. L'hygiène devenait également de plus en plus difficile suite à une importante irritation des muqueuses et à une alimentation devant très difficile. En mars 2011, après avoir soigné la dent no 12, la situation s'était stabilisée. En septembre 2011, la recourante présentait toutefois des caries importantes sous les couronnes

inférieures à tel point que le pont s'est descellé en décembre 2012 (recte 2011). Après la confection d'un « partiel » provisoire, qu'elle ne supportait pas pour l'instant, le médecin-dentiste a expliqué qu'il allait entreprendre les extractions des dents no 31, 41, 42, 43 et 44 au début du mois de février 2012. Il a conclu en disant qu'entre 1997 et 2010, la situation était restée stable au niveau de l'hygiène et de l'absence de caries, ce qui ne laissait pas présager une telle dégradation durant l'année 2011. Sur requête de la Cour de céans, la recourante produit, en date du 9 mars 2012, un courrier du 24 octobre 2002 adressé au Dr A_____, par lequel l'assureur a indiqué que le traitement envisagé remplissait les conditions légales. a) En date du 20 mars 2012 s'est tenue une audience d'enquêtes, lors de laquelle a été entendu le Dr A_____, lequel déclare que les dents no 11, 12, 13 et 21 n'ont encore jamais été couronnées. Par contre, une plaque dentaire a été posée sur ces quatre dents, afin de les protéger des dents d'en bas, qui provoquent une érosion de ces quatre dents contre lesquelles elles « frottent ». En 1997, l'assurée a subi un accident qui a nécessité l'extraction de dents en haut à gauche et la pose d'un stellite. C'était quelques mois après la radiothérapie de l'automne 1997, qui a atteint les dents inférieures des deux côtés, qu'il a fallu extraire. La prothèse alors effectuée pour le bas n'a jamais été supportée par la patiente, car la radiothérapie affecte plus gravement la fibromuqueuse inférieure. Cela explique qu'elle supporte la prothèse du haut. Les dents du milieu en bas étaient restées en place. De 1997 à 2009, la patiente n'a présenté aucune carie et l'hygiène était excellente, raison pour laquelle il se justifiait de couronner les dents du bas (31, 41, 42, 43 et 44). Elles étaient trop usées et il a fallu les dévitaliser. La plaque dentaire a été posée entre 2000 et 2002 et elle a tout de même tenu jusqu'en 2011, ce qui est un succès. Il est certain qu'elle s'est descellée également en raison des couronnes du bas. L'hygiène dentaire de la patiente s'est fortement dégradée (en raison de l'aggravation de l'hyposialie) à partir de 2011 et il a décelé des récurrences de caries sous la plaque, ce qui a également contribué à son descellement. Il a donc effectué un traitement de racines des dents no 11, 12, 13 et 21. Il n'a jamais devisé la pose de couronnes sur ces quatre dents, car il souhaitait encore examiner toutes les possibilités qui s'offraient à la patiente. Si elle s'est opposée à la décision de la caisse, c'est que celle-ci a refusé l'éventualité des couronnes, n'acceptant que la pose d'une prothèse. Il n'est aujourd'hui plus question de couronner ces quatre dents, la situation ayant encore évolué. Les cinq dents du bas étaient cariées et il a d'abord soigné ces caries. Le pont est ensuite tombé et il a dû extraire ces cinq dents du bas (31, 41, 42, 43 et 44) en février 2012 et confectionner une petite prothèse partielle provisoire de cinq dents, que la patiente supporte toutefois mal. Il n'est plus question de faire une prothèse complète du bas, car elle s'est habituée à ne plus mâcher avec les dents arrière et la muqueuse ne le supporterait pas. Pour l'instant, et compte tenu de l'extraction des dents du bas, celles du haut peuvent rester sans traitement, car même si la prothèse du bas est supportée, elle n'abrase pas les dents du haut comme le feraient des vraies dents. Il faudra peut-être à l'occasion refaire un peu le stellite du haut, consécutif à l'accident. C'est la radiothérapie subie par la patiente qui a causé l'ensemble des affections dentaires, sauf la prothèse posée suite à l'accident. En particulier, la radiothérapie provoque une hyposialie, laquelle provoque une abrasion des dents. La patiente a eu une excellente hygiène et a subi un traitement régulier de fluor pour limiter le risque de caries. Ils ont ainsi longtemps évité ces caries et c'est vraisemblablement la fluoruration fréquente qui a aggravé l'abrasion des dents. Le médecin-conseil de la caisse se fonde sur de la littérature qui ne connaissait pas des phénomènes nouveaux, à savoir que des patients vivent de nombreuses années après une radiothérapie et que les conséquences de celle-ci n'avaient pas été examinées sur une aussi

longue période. Il faut préciser que pour effectuer la radiothérapie, il a fallu extraire les dents arrières du bas, ce qui a obligé la patiente à manger avec les dents de devant, aggravant encore leur usure. C'est pour l'ensemble de ces motifs que les traitements sont exclusivement dus à cette radiothérapie. b) Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du même jour, l'époux de la recourante explique être certain que son épouse était assurée à la SUPRA en 1995 en tout cas et y est restée pour la complémentaire. Il ne sait plus si c'est en 1996 ou en 1997 qu'elle s'est assurée à la VAUDOISE, ensuite reprise par EASY SANA. La représentante de l'assureur déclare quant à elle qu'au-delà du traitement effectué en octobre-novembre 2010 et facturé à 2'357 fr., le traitement du 8 au 15 mars 2011 a encore été pris en charge pour 651 francs. Elle ne sait pas si cela correspond à la totalité de la facture. Lors de la décision du 10 mai 2011, le traitement suivant préconisé par le médecin-traitant, soit la pose de couronnes, n'étant pas estimé adéquat par le dentiste-conseil, l'assureur a indiqué que pour ce cas-là, une prothèse résine était la seule solution qui serait prise en charge. Certains traitements antérieurs ont été pris en charge « à bien plaisir » après discussion entre les dentistes. Les traitements ont été pris en charge sur la base de l'art. 18 al. 1 let. d OPAS. La recourante indique avoir une prothèse partielle en haut à gauche, suite à un accident et en raison de l'absence de salive consécutive à la radiothérapie, elle ne peut pas supporter une deuxième prothèse. En date du 25 mai 2012, l'assureur informe la Cour de céans que son médecin-conseil et le Dr A _____ ont convenu que la confection d'une prothèse amovible était la proposition la plus adaptée à la situation de la recourante et que le Dr A _____ allait faire parvenir, si nécessaire, une proposition de traitement allant dans ce sens. Pour le surplus, l'assureur laisse le soin à la Cour de céans de statuer sur le litige, dont elle est saisie. Il produit un avis du 22 mai 2012 du Dr C _____ qui constate, suite à un entretien téléphonique du 21 mai 2012 avec le Dr A _____, que celui-ci reconnaissait qu'un traitement par prothèse fixée n'est plus adapté chez la recourante. Le Dr C _____ conclut que le traitement adapté est sans doute un traitement par prothèse amovible. Par courrier du 20 juin 2012, la recourante déclare se rallier à l'avis concordant des deux médecins-dentistes. En revanche, elle constate que l'assureur ne remet plus en cause le fait que les traitements effectués à ce jour doivent être pris en charge par le biais de l'assurance obligatoire des soins. Dès lors, elle persiste à conclure à l'annulation des décisions de l'assureur des 10 mai et 13 septembre 2011 et requiert de l'assureur qu'il prenne en charge les traitements pour la période courant du 6 septembre 2011 au 2 avril 2012. Enfin, elle persiste également à solliciter l'annulation des décisions de l'assureur, en tant que celui-ci entend lui imposer un traitement exclusif pour l'avenir, ne tenant pas compte de l'évolution de sa maladie. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er 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. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Il convient tout d'abord de déterminer l'objet du litige. a) 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

déferé 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 en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références citées). b) En l'occurrence, la décision sur opposition litigieuse, confirmant la décision du 10 mai 2011, porte d'une part, sur le refus de l'assureur de prendre en charge les couronnes céramo-métalliques sur les dents no 21, 11, 12 et 13 et d'autre part, sur le refus de prendre en charge les futurs traitements, à l'exception d'une prothèse résine. Dès lors, dans la mesure où la recourante sollicite la prise en charge par l'assureur des traitements effectués durant la période courant du mois de septembre 2011 au mois d'avril 2012, sa conclusion est prématurée et sort de l'objet du litige, l'assureur ne s'étant pas prononcé sur cette question dans la décision litigieuse. Elle pourra faire l'objet d'une nouvelle décision formelle, si tel n'a pas encore été le cas. En outre, la recourante s'est ralliée, dans sa dernière écriture, à la position des Drs C_____ et A_____, qui concordent sur le fait que les couronnes céramo-métalliques n'ont pas à être réalisées, de sorte que ce point n'a plus besoin d'être tranché. Reste ainsi à examiner le refus de l'assureur de prendre en charge tout futur traitement, à l'exception d'une prothèse résine. a) L'art. 5 al. 1 de la loi fédérale de procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), sont considérées comme décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet : de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a), de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b) ou de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c). D'après l'art. 4 al. 1 LPA, sont considérées comme des décisions, les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal, communal et ayant notamment pour objet de créer des droits ou de rejeter des demandes tendant à créer des droits. Il y a acte concret, donc décision et non pas norme, lorsque, par l'objet même sur lequel porte l'acte, les conséquences juridiques sont rattachées à une situation singulière, une chose désignée, une date précise : tel immeuble, tel jour (MOOR / POLTIER, Droit administratif, Volume II, 2011, p. 198). b) En l'espèce, comme le soutient à juste titre la recourante, dans la mesure où son état de santé évolue, l'assureur ne pouvait pas statuer sur tous les traitements futurs, mais uniquement sur le traitement à entreprendre au moment où il rendait sa décision, eu égard à son état de santé et à ses atteintes existant à ce moment-là. Partant, le refus de l'assureur de prendre en charge tout autre traitement que la prothèse résine dans le futur ne présente pas un caractère concret et ne saurait dès lors être considéré comme une décision au sens de la PA ou de la LPA. Le recours sera ainsi partiellement admis, en ce sens que la décision et la décision sur opposition litigieuse seront annulées en tant qu'elles portent sur le refus de prise en charge de tout traitement futur, à l'exception d'une prothèse résine. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA du 10 mai 2011 et sa décision sur opposition du 13 septembre 2011, en tant qu'elles portent sur le refus de prendre en charge tout traitement futur, à l'exception d'une prothèse résine. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours

doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.