

GE_GERICHTE A/3936/2011 vom 20. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3936_2011

FR: GE_GERICHTE A/3936/2011 du 20 juin 2012

IT: GE_GERICHTE A/3936/2011 del 20 giugno 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame R_____, domiciliée à Publier, France
recourante contre INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, sise Tribschenstrasse 21, 6002
Luzern intimée EN FAIT Madame R_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante),
née en 1946, a vécu en Suisse de 1965 à 2001 et son dernier domicile connu en Suisse se
situe à l'avenue L_____ à Genève. Actuellement domiciliée à Publier (France), elle est
assurée auprès d'INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : INTRAS ou l'intimée)
pour l'assurance obligatoire des soins. Par courrier du 8 novembre 2010, le Prof.
A_____, spécialiste en stomatologie et chirurgie orale, a proposé à INTRAS la
prise en charge de traitements dentaires concernant sa patiente. Il a exposé que l'assurée
avait été traitée pour un premier cancer du sein en 1998, puis un deuxième en 2008, associé
à des métastases pulmonaires et osseuses. Depuis 2008, l'assurée reçoit un traitement à base
de Tamoxifen et de Zometa. En août 2010, l'assurée a consulté le Professeur pour des
mobilités dentaires et des douleurs. Une extraction a été nécessaire. Selon le Prof.
A_____, la cicatrisation des muqueuses s'est effectuée normalement, sans
complication liée aux biphosphonates. Selon le devis annexé, quatre incisives supérieures
mobiles devaient être extraites et une prothèse provisoire réalisée avant une réhabilitation
prothétique. Le devis établi par le Dr B_____, du Centre Médico-Dentaire de
Balexert, s'élevait à 6'532 fr. 25. INTRAS a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr
C_____, spécialiste SSO en médecine dentaire et reconstructive. Par avis du 22
novembre 2010, le médecin-conseil a proposé le refus de prise en charge du traitement,
motif pris que la nécessité de traitement ne découle pas directement du traitement médical
de l'affection originelle. Le 2 décembre 2010, INTRAS a informé le Dr B_____ de
son refus de prise en charge du traitement, dès lors que les frais dentaires ne découlent pas
directement du traitement médical de l'affection originelle. Par courrier du 15 décembre
2010, le Prof. A_____ a contesté le refus de prise en charge du traitement. Il a
relevé que lors d'un traitement par biphosphonates tel que celui administré en l'espèce, il
fallait mettre en état la cavité buccale pour éviter les ostéonécroses. En oncologie, le
traitement par biphosphonates nécessitait grosso modo la même prise en charge que celle
proposée aux patients avant toute radiothérapie cervico-faciale et depuis quelques années,
elle est prise en charge sans difficultés par les assurances même si les dispositions
réglementaires ne le prévoient pas. Par ailleurs, la présence de tartre tel que relevé par le
médecin-conseil n'était pas un élément pris en compte dans la décision de prise en charge. Il
a demandé à INTRAS de reconsidérer sa position. Par courrier du 23 décembre 2010, le Dr
C_____ a informé le Prof. A_____ que son devis était parvenu à la caisse
sans demande officielle avec le formulaire LAMal et sans plan de traitement. Pour le
surplus, la prise en charge des traitements n'entre dans aucun des cas prévus par
l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de

maladie (OPAS), dont la liste est exhaustive. Le Dr C _____ relève que c'est en faisant des demandes avec des données précises des spécialistes concernés qu'ils pourront, ensemble, faire bouger les choses. Par ailleurs, il est inexact d'affirmer que les traitements aux biphosphonates sont pris en charge par les assurances depuis quelques années. INTRAS a sollicité l'avis du Dr D _____, médecin-dentiste conseil d'INTRAS. Ce dernier, par avis du 10 janvier 2011, a également approuvé le refus de prise en charge. Il affirmait que, quoi qu'il en soit, les traitements aux biphosphonates n'ont pas créé des complications et ne sont pas considérés comme analogues aux chimiothérapies. Ils ne sont dès lors pas pris en charge. Par décision du 9 juin 2011, INTRAS a refusé la prise en charge du traitement dentaire selon devis du Dr B _____, motif pris, d'une part, que les biphosphonates n'ont en l'occurrence entraîné aucune des complications à craindre et, d'autre part, que le traitement aux biphosphonates n'est pas considéré comme une radiothérapie ou une chimiothérapie. Le 5 juillet 2011, l'assurée a formé opposition, se référant à l'avis du Prof. A _____ du 5 juillet 2011 qui conteste les effets indésirables des biphosphonates tels que décrits par les médecins-conseils d'INTRAS. Selon le praticien, la patiente a développé deux zones d'exposition osseuse qui semblent actuellement contrôlées, ces deux zones correspondant à une ostéonécrose due aux biphosphonates. Par ailleurs, l'ostéonécrose due aux biphosphonates, décrite pour la première fois en 2003, ne peut pas figurer dans l'OPAS ; cela étant, il est impossible de faire accepter cet effet indésirable par les assurances, car elles se retranchent administrativement derrière une liste exhaustive qu'elles refusent de voir évoluer parallèlement aux nouvelles pathologies. Dans son avis du 25 octobre 2011, le Dr C _____ rejette les conclusions de son Confrère en affirmant encore une fois que les problèmes parodontaux de l'assurée ne sont pas dus aux biphosphonates et qu'elle n'a présenté aucune ostéonécrose maxillaire avant, pendant et après les extractions. Par décision du 27 octobre 2011, INTRAS rejette l'opposition de l'assurée. L'intimée expose que la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon les dispositions réglementaires figurant aux articles 17 à 19a de l'OPAS est exhaustive. S'agissant des effets secondaires irréversibles de médicaments, une chimiothérapie ou radiothérapie au sein n'ouvre pas de droit à la prise en charge des frais étant donné que la nécessité de traitement ne découle pas directement d'un traitement médical de l'affection originale. S'agissant des autres maladies, le traitement dentaire n'est pas nécessaire pour réaliser ou garantir la chimiothérapie. Enfin, les traitements aux biphosphonates ne sont pas considérés comme analogues aux chimiothérapies. L'assurée interjette recours en date du 20 novembre 2011 et conclut implicitement à la prise en charge des frais litigieux. Elle soutient que contrairement aux affirmations de l'intimée, elle a bien envoyé copie de la facture du 31 octobre d'un montant de 886 fr. 60 à deux reprises. Pour le surplus, selon le Prof. A _____, des frais similaires aux siens auraient été pris en charge par les assurances. Dans sa réponse du 20 décembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, subsidiairement à son irrecevabilité. Selon l'intimée, le traitement dentaire litigieux ne figure pas dans les listes exhaustives de l'OPAS et conformément à la jurisprudence, les altérations de dents subies par une patiente à la suite d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie administrée après une tumorectomie au sein droit n'ouvre pas de droit à la prise en charge des frais par l'OAS. Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) 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). b) Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1^{er}). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (al. 3). En l'espèce, l'assurée est domiciliée en France mais son dernier domicile en Suisse était situé dans le canton de Genève. Au vu de ce qui précède, la compétence *ratione materiae* et *loci* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige porte sur la question de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, de traitements dentaires à hauteur de 6'532 fr. 25. Selon l'art. 25 LAMal, l'OAS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale. D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, ils sont pris en charge par l'assurance s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b) ou encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison 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 (DFI) a édicté les articles 17, 18, 19 et 19 a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance en cas de maladie est exhaustive (ATF 129 V 279 consid. 3.2, 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 185). 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 qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance. Selon la jurisprudence, est "évitable" toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 279 consid. 3.3, 125 V 19 ss. consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). L'art 17 let. b ch. 3 OPAS mentionne les effets secondaires irréversibles de médicaments dans le cas de maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies). L'art. 18 OPAS contient une liste exhaustive des autres maladies graves susceptibles d'ouvrir le droit à une prise en charge par l'assurance des soins dentaires occasionnés par ces maladies ou leurs séquelles (art. 31 al. 1 let. b LAMal). La notion d' « autres maladies graves » doit être interprétée restrictivement, conformément au principe selon lequel la prise en charge des traitements dentaires constitue une exception. Le Tribunal fédéral a jugé ainsi que la décision du DFI de ne pas intégrer la tumeur pathologique du sein dans la liste ne déborde pas manifestement du cadre de la compétence

déléguée par l'art. 31 al. 1 let. b LAMal et que la disposition réglementaire est conforme à la loi et à la Constitution (ATF 130 V 472 , consid. 6). Enfin, selon l'art. 19 let. c OPAS, l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser ou garantir les traitements médicaux (art. 31 al. 1 let. c LAMal) lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne. En l'espèce, la prise en charge du traitement dentaire au sens de l'art. 18 OPAS n'entre pas en ligne de compte, dès lors que le cancer du sein ne fait pas partie des autres maladies graves ouvrant droit à une prise en charge par l'assurance. Il s'agit-là en effet d'un silence qualifié de la loi, comme le Tribunal fédéral l'a rappelé à l'ATF 130 V 472 . L'art. 19 let. c OPAS n'est pas pertinent, car les interventions subies par l'assurée n'ont pas pour but de réaliser ou garantir le traitement de son cancer du sein. Ainsi que le relève le Dr C _____, les traitements aux biphosphonates ne sont pas considérés comme analogues aux chimiothérapies. Il n'est au surplus pas établi que lesdites interventions soient dues aux effets secondaires de la substance active (biphosphonates) contenue dans l'un des médicaments (le Zometa) que l'assurée doit prendre pour lutter contre la progression de sa tumeur. Le Dr D _____ souligne en effet que le Prof. A _____ indiquait lui-même dans sa demande du 8 novembre 2010, que la cicatrisation de la muqueuse s'était effectuée normalement et qu'il n'y avait pas à déplorer, pour le moment, de complications liées aux biphosphonates. Enfin, il n'est pas non plus établi que l'assurée souffre d'une maladie grave du système de la mastication (art. 17 OPAS). L'effet secondaire irréversible d'un médicament au sens de l'art. 17 let. b chiffre 3 OPAS n'a en l'occurrence pas été démontré : le lien de causalité entre la prise du Zometa par la recourante et ses problèmes dentaires n'est pas établi. Dans un avis daté du 25 octobre 2011, le Dr C _____ affirme à nouveau que les problèmes parodontaux de l'assurée ne sont pas dus aux biphosphonates et qu'elle n'a présenté aucune ostéonécrose maxillaire avant, pendant et après les extractions. Dès lors, force est de constater que le traitement dentaire de la recourante ne peut être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.