

GE_GERICHTE A/663/2012 vom 12. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_663_2012

FR: GE_GERICHTE A/663/2012 du 12 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/663/2012 del 12 marzo 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.03.2013
A/663/2012

A/663/2012 ATAS/266/2013 du 12.03.2013 (LAMAL) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/663/2012
ATAS/266/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 12 mars
2013 2 ème Chambre En la cause Madame D _____, domiciliée à THÔNEX
recourante contre ASSURA, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sis avenue
Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 PULLY intimé EN FAIT Madame D _____
(ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1966, est affiliée auprès d'ASSURA,
ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT (ci-après l'assureur ou l'intimé) pour les
assurances suivantes : PHARMED, assurance obligatoire des soins avec PharMed,
franchise de 1'500 fr. ; COMPLEMENTA MAXI : assurance complémentaire des soins
spéciaux élargis ; OPTIMA : assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division
privée ou en clinique (chambre à deux lits), avec limitation du choix de l'établissement ;
MONDIA : assurance complémentaire pour voyage et vacances. En date du 3 octobre 2011,
l'assurée a eu un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'assureur. Il résulte de la
note au dossier que l'assurée a indiqué souffrir d'une complication liée à un traitement de
chimio-radiothérapie s'étant déroulé en 1997 et a requis de l'assureur de lui confirmer la
prise en charge des frais occasionnés par cette complication. Par pli du 6 octobre 2011,
l'assurée a transmis à l'assureur les documents suivants : - une estimation d'honoraires du
16 août 2011 de la Dresse L _____, médecin-dentiste auprès de la Clinique dentaire
Adent, d'un montant de 6'246 fr. ; - un courrier du 5 septembre 2011 de la Dresse
L _____, laquelle a attesté que l'assurée présentait actuellement une fragilité au
niveau dentaire, suite au traitement médical lourd qu'elle avait subi par le passé. Afin
d'éviter l'extraction des dents restantes et le port d'une prothèse amovible chez la jeune
assurée, une aide pour les « travaux susmentionnés » permettrait une nette amélioration de
sa qualité masticatoire ainsi que de son image corporelle ; - une déclaration datée du 16
septembre 2011 du Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne et en
oncologie-hématologie, indiquant que l'assurée a été traitée pour un lymphome au niveau
de cavum par chimio-radiothérapie en 1997, laquelle avait induit une rémission du
lymphome, actuellement accompagné de troubles de la vue. L'assurée avait également
développé des complications dentaires liées directement à ce traitement. Le 12 octobre
2011, l'assureur a informé l'assurée que son dossier nécessitait quelques investigations
complémentaires, de sorte qu'il la priait de patienter pour obtenir une réponse. La Dresse
L _____ a transmis à l'assureur (réceptionné le 21 octobre 2011) un nouveau devis
d'un montant de 7'048 fr., qui remplaçait l'estimation d'honoraires du 16 août 2011. Elle a
précisé que l'assurée s'était présentée le 18 octobre 2011 avec une pulpite sur la dent no 12,
ce qui avait modifié le devis. Par pli du 26 octobre 2011, l'assureur a refusé à l'assurée la

prise en charge du traitement dentaire par le biais de l'assurance obligatoire des soins, au motif que les soins envisagés n'étaient plus en rapport de causalité avec la pathologie dont l'assurée souffrait en 1997. Cependant, les conditions spéciales d'assurance COMPLEMENTA MAXI prévoyaient une participation aux soins dentaires de 1'000 fr. net par année civile, soit une participation à une facture brute de 1'500 fr., sous déduction d'une franchise annuelle de 500 francs. En date du 7 novembre 2011, le Dr M_____ a indiqué au médecin-conseil de l'assureur que les problèmes dentaires de l'assurée s'étaient manifestés après un traitement de chimio-radiothérapie effectué à l'Hôpital cantonal. Elle avait ainsi développé, d'après lui, des dégradations de sa dentition nécessitant des soins dentaires, lesquels étaient une conséquence directe des traitements reçus. Il a précisé que la situation actuelle de l'assurée l'obligeait à porter des prothèses dentaires. Le 25 novembre 2011, l'assureur a persisté à refuser la prise en charge des traitements dentaires, le certificat du Dr M_____ n'apportant pas d'élément nouveau. Par courrier du 7 décembre 2011, l'assurée a contesté la position de l'assureur et requis qu'une décision motivée soit rendue, dans l'hypothèse où l'assureur persisterait dans son refus de prise en charge de ses complications dentaires. Elle était assurée auprès de cet assureur depuis 1995, lequel a pris en charge le traitement de chimiothérapie en 1997. En outre, les Drs L_____ et M_____ ont confirmé la relation de cause à effet entre le lymphome et son traitement d'une part, et les complications dentaires dont elle souffre actuellement, d'autre part. Elle a ainsi conclu que les soins dentaires qu'elle sollicitait entraient dans les exceptions prévues par l'OPAS. Dans une décision du 20 décembre 2011, l'assureur a formellement refusé de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, le traitement dentaire envisagé par la Clinique dentaire Adent pour un montant de 7'048 francs. Il a en substance considéré que le traitement dentaire remédiait à un état de la dentition qui ne pouvait plus être mis en relation de causalité avec le traitement subi en 1997, et ce au vu de l'écoulement du temps. Le 15 janvier 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision contestant le refus de prise en charge des frais dentaires estimés à 7'048 fr., au motif que l'assureur n'avait pas remis en cause la pertinence des certificats établis par les Drs L_____ et M_____ et que sa position était en contradiction avec les avis de ces médecins, qui devaient être suivis. Par décision sur opposition du 25 janvier 2012, l'assureur a confirmé sa décision du 20 décembre 2011 refusant la prise en charge des soins dentaires. En effet, l'affection présentée par l'assurée n'était ni une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS ni consécutive à l'une des maladies énumérées à l'art. 18 OPAS. En outre, d'après l'assureur, si l'art. 19 let. c OPAS ne se limitait pas à garantir les interventions préalables à une radiothérapie ou à une chimiothérapie d'une pathologie maligne, il ne s'appliquait pas lorsque les soins dentaires étaient une conséquence de ces traitements (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 68/03 du 15 juillet 2004). L'application de cette disposition était ainsi limitée, de sorte que les traitements dentaires de la recourante, même s'ils pouvaient être consécutifs aux traitements médicaux de 1997, ils n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Par acte du 27 février 2012 - le sceau de la poste indiquant qu'il avait été envoyé à la poste de Chêne-Bougeries en date du 28 février 2012 -, l'assurée a interjeté recours contre cette décision sur opposition du 25 janvier 2012, requérant principalement, son annulation et subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise. Elle soutient que ses traitements de chimiothérapie et de radiothérapie ont entraîné une diminution de la production de salive et accéléré la formation de caries, de sorte qu'elle souffrait d'une maladie des glandes salivaires, dont le traitement devait être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Elle produit à l'appui de son recours

une attestation du 24 février 2012 du Dr M _____, lequel a indiqué que la radiothérapie dont elle avait bénéficiée avait entraîné une diminution de la production de salive et accéléré la formation de caries. Elle s'était dès lors adressée à un stomatologue pour objectiver ces éléments. En date du 29 février 2012, la recourante a transmis à la Cour de céans une attestation de Me Jacques BERCHER, avocat et beau-père de la recourante, lequel a certifié qu'après une tentative infructueuse d'envoi du recours auprès de la poste de Montbrillant en date du 27 février 2012, la recourante avait déposé, le même jour, son acte de recours dans la boîte aux lettres de la poste de Chêne-Bourg en date du 27 février 2012 à 20h30. Invité à se prononcer, l'intimé, dans sa réponse du 29 mars 2012, conclut au rejet du recours, pour autant qu'il soit recevable. Il estime en premier lieu qu'il appartient à la Cour de céans de se prononcer sur sa recevabilité, eu égard à la notification de la décision sur opposition en date du 26 janvier 2012 à la recourante et à la date d'envoi du recours. Sur le fond, l'intimé persiste à considérer que les traitements dentaires ne peuvent pas être pris en charge sur la base de l'art. 19 let. c OPAS et ajoute que d'après le Dr N _____, dentiste-conseil, rien ne permettait d'établir, en l'état, un lien de causalité entre les soins dentaires devisés (traitements de racine) et un cancer du cavum traité il y a plus de 15 ans. En outre, l'intimé soutient que la Clinique dentaire Adent n'a pas rempli de questionnaire LAMal permettant la prise en charge des soins par l'assurance obligatoire de soins, ce qui laissait supposer que le dentiste de cette Clinique considérait que les soins de la recourante n'étaient pas remboursés. Par ailleurs, pour qu'un lien de causalité entre la maladie des glandes salivaires et le traitement du cancer en 1997 soit établi, comme invoqué par la recourante, l'intimé estime avoir besoin des renseignements suivants pour pouvoir prendre en charge les soins dentaires devisés à 7'058 fr. par la Clinique dentaire Adent : connaître la quantité de rayons que la recourante a reçu dans le cadre du traitement de son cancer en 1997 et leur localisation, attendu qu'une maladie des glandes salivaires ne pouvait être provoquée suivant l'endroit où les rayons étaient dirigés ; recevoir un historique du suivi dentaire de la recourante depuis 1997, une éventuelle négligence dans l'hygiène buccale ne pouvant pas être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ; recevoir les résultats d'analyse de la salive. Par réplique du 30 mai 2012, la recourante persiste dans les conclusions de son recours. Elle précise être assurée auprès de l'intimé depuis 1995 et qu'une interruption d'affiliation est intervenue en 2005, en raison d'un séjour à l'étranger pour raisons professionnelles de son époux. Elle invoque que d'après la « convention établie entre les assurances et la SSO », les assureurs avaient dix jours pour formuler une réponse après avoir reçu un devis et qu'en l'absence de réponse dans ce délai, le devis était considéré comme accepté. Or, elle a adressé son devis le 6 octobre 2011 à l'intimé, lequel ne lui avait répondu que le 26 octobre 2011, de sorte qu'il devait être considéré comme accepté. Elle conteste également l'interprétation faite par l'intimé de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances de 2004. En effet, il ne s'agissait pas de simples soins d'assainissement dans son cas et il y avait bien longtemps que tous les assureurs avaient mis en application ce critère en ne remboursant pas les deux premières séances annuelles de détartrage chez les patients ayant eu un traitement oncologique, considérant que ces deux séances devaient être réalisées par tout le monde. En ce qui la concernait, il s'agissait véritablement de délabrements dentaires secondaires à la radiothérapie. Pour le reste, elle s'est fondée sur les documents suivants qui ont été transmis à la Cour de céans : - un rapport de fin de traitement établi par des médecins de la division de radio-oncologie en date du 8 avril 1998, lesquels ont attesté d'une période de traitement du 3 mars au 4 avril 1998 et ont posé les diagnostics suivants : un lymphome malin non hodgkinien du cavum à grandes

cellules B, inclassable (caractéristique de bas grade et haut grade), avec infiltration du système nerveux central, un status après 4 cycles de CHOP et de 2 cycles de DHAPE de septembre 1997 à janvier 1998, sans modification de la taille de la lésion ; - un rapport du 7 mai 2012 du Prof. hon. O _____, Professeur de stomatologie et de chirurgie orale et médecin-dentiste auprès du Centre médico-dentaire X _____. Il explique que la recourante est venue le consulter le 13 mars 2012 requérant son avis dans le litige l'opposant à l'intimé. Se fondant sur le dossier de la recourante, il a constaté qu'elle avait été traitée par chimiothérapie et radiothérapie entre la fin 1997 et le début 1998. Ses arcades dentaires avaient été irradiées, lors de l'irradiation des chaînes ganglionnaires latéro-cervicales, du palais mou et du palais dur. Les arcades dentaires avaient reçu une dose minimum de 30 Gy. Il a noté qu'avant la radiothérapie, l'hygiène bucco-dentaire était bonne et la denture parfaitement saine (arcades dentaires complètes, hormis la 1^{ère} molaire inférieure droite, pas de tartre, pas de caries non soignées), et qu'après la radiothérapie, aucun signe d'hyposialie n'avait été constaté et qu'il n'avait pas été nécessaire de réaliser une prévention fluorée, eu égard aux doses de Gy reçues par les glandes salivaires. Durant longtemps, la denture de la recourante a été correcte, puis soudain, elle a commencé à se dégrader. Il ne s'agissait pas de caries secondaires à une hyposialie - car elles sont caractéristiques et elles seraient apparues dans les mois suivants la radiothérapie - mais de l'apparition d'une fragilité dentaire très probablement en rapport avec la radiothérapie (cf. orthopantomogramme réalisé le 25 juillet 2011). Il a souligné que la radiothérapie entraînait des séquelles qui persistaient à vie et certaines complications (cancer, ostéoradionécrose...) apparaissent plusieurs années après la fin du traitement. Il a estimé qu'il était abusivement considéré habituellement qu'il n'y avait pas de séquelles dentaires directes après une radiothérapie, mais uniquement un risque de caries lié à l'hyposialie, qui était le risque dentaire majeur. Cependant, si l'effet direct de la radiothérapie sur les dents était nié, cela reviendrait à considérer que les dents représentaient le seul tissu de l'organisme qui ne soit pas touché par les irradiations. L'assureur semblait ainsi ignorer, d'après le médecin dentiste, une partie des effets secondaires de la radiothérapie. De plus, contrairement à l'affirmation de l'assureur, la plupart des médecins-dentistes ignoraient tout des subtilités administratives de la prise en charge des soins dentaires par l'assurance obligatoire des soins. Le Dr O _____ a conclu que les délabrements dentaires de la recourante étaient en rapport de causalité avec son traitement par radiothérapie. Dans la mesure où ces délabrements dentaires étaient liés à l'effet direct de l'irradiation et non secondaires à une hyposialie, il ne semblait pas justifié de réaliser une sialométrie (mesure du débit salivaire) ; - un courrier du 7 mai 2012 du Dr P _____, médecin-dentiste, lequel a déclaré que la recourante avait suivi ces dernières années un traitement dentaire conséquent dans son cabinet, à savoir : trois extractions, 4 traitements radiculaires, 8 obturations, 2 couronnes céramique-or, étant précisé que 2 couronnes devaient encore être réalisées. Il a attesté qu'elle présentait une hygiène bucco-dentaire irréprochable depuis le début du suivi en octobre 2008, ce qui contrastait avec son état dentaire qui avait évolué de manière catastrophique et « ultra »-rapidement. La très forte et rapide tendance à la carie ne pouvait s'expliquer, d'après lui, que par un effondrement immunitaire lié à la pathologie cancéreuse et surtout à de fortes doses de chimiothérapie et de radiothérapie. Ces deux types de traitements étaient en effet bien connus pour assécher la salive et le fluide gingival, puissants protecteurs contre la carie, et pour favoriser les attaques de bactéries cariogènes. Il lui paraissait évident que son état bucco-dentaire était corrélé à sa maladie générale et aux traitements médicaux invasifs qu'elle avait dû subir. Il a noté que d'accord avec la

recourante, il avait décidé de ne pas réhabiliter pour le moment les dents manquantes, au vu de l'évolution imprévisible de la pathologie ; - une attestation établie le 7 mai 2012 par la Dresse L _____, par laquelle celle-ci a confirmé qu'elle n'avait pas tenté de dissuader la recourante de s'adresser à son assureur pour la prise en charge de ses frais dentaires et qu'elle avait quitté la Clinique dentaire Adent au 29 février 2012, de sorte qu'elle ne pouvait pas remplir le formulaire d'assurance réclamé par l'assureur au nom de ladite Clinique. Dans sa duplique du 26 juin 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a tout d'abord produit un rapport établi en date du 19 juin 2012 par le Dr N _____, lequel a estimé que l'irradiation intéressant la sphère buccale intervenue en raison d'une chimio-radiothérapie en 1997 était relativement faible, dans la mesure où elle n'avait entraîné ni hyposialie ni utilisation de gouttières de fluoration. Il s'était écoulé 14 ans entre la chimio-radiothérapie et l'aggravation importante et rapide de l'état dentaire en 2011. Il était établi, d'après ce médecin-dentiste, qu'un état de santé général déficient se répercutait de manière significative sur la cavité buccale et plus particulièrement sur la résistance à la carie. D'après lui, la raison prépondérante de cette dégradation tardive et soudaine de l'état dentaire était à attribuer à une baisse drastique des défenses de la recourante, dont les causes pouvaient être multiples, soit une maladie générale comme le diabète, le stress, un déficit et une carence alimentaire, une fatigue, un effet secondaire de médicaments, une intoxication, un développement d'une flore buccale agressive, etc. Cela lui paraissait plus logique et vraisemblable que de se référer à la chimio-radiothérapie subie en 1997. Se référant à ce rapport, l'intimé conclut ainsi qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les délabrements dentaires de la recourante et son traitement par radiothérapie en 1997. En tout état de cause, les traitements dentaires ne pouvaient pas être pris en charge par le biais de l'assurance obligatoire des soins consécutifs à une radiothérapie ou à une chimiothérapie d'une pathologie maligne. L'intimé estime ensuite que l'accord entre la Société Suisse d'odonto-stomatologie SSO (ci-après SSO) et le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS), devenu depuis lors SantéSuisse, prévoyait certes, en son article 7, un délai de 10 jours pour que l'assureur puisse s'opposer à un devis ; toutefois, cet accord s'appliquait aux relations entre médecins-dentistes et assureurs-maladie et non aux relations entre assurés et assureurs-maladie. Or, dans le cas d'espèce, c'est la recourante qui a adressé son devis à l'intimé, de sorte que ce délai de 10 jours ne s'appliquait pas. Qui plus est, le délai de 10 jours n'était opposable qu'à un assureur-maladie pour autant qu'un questionnaire LAMal lui ait été adressé par le dentiste-traitant, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par ailleurs, si l'intimé devait par impossible être amené à prendre en charge le traitement envisagé par la recourante, le devis de 7'048 fr. ne pourrait pas être accepté en l'état. En effet, le traitement ne pourrait être pris en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, qu'à concurrence du tarif LAMal, soit avec une valeur de point fixée à 3.10 et non à 3.50. Il appartiendra dès lors au dentiste-traitant de la recourante d'établir un nouveau devis pour acceptation conforme à la tarification LAMal en vigueur. a) En date du 9 octobre 2012 s'est tenue une audience une audience de comparution personnelle. La recourante déclare que le 27 février 2012, elle a rédigé le recours avec son beau-père, puis l'a imprimé et mis sous pli et qu'il était alors 18h30. Ils ont téléphoné à la poste du Mont-Blanc, qui a indiqué que la dernière relève était à 18h00. Elle s'est rendue seule à la poste de Chêne-Bourg, qui était fermée, et dans laquelle la dernière relève est également à 18h00. Elle s'est alors rendue à la poste de Montbrillant. Elle était fermée, le gardien de nuit lui a indiqué de se rendre à la loge, mais la personne qui s'y trouvait ne pouvait rien faire pour elle. L'équipe de jour était partie. Elle

lui a demandé de tamponner son enveloppe pour démontrer son passage, mais il a refusé. Elle a alors appelé son beau-père, qui lui a donné rendez-vous à la poste de Chêne-Bourg. Ils se sont retrouvés entre 20h24 et 20h32. Son beau-père était donc présent lorsqu'elle a glissé l'enveloppe dans la boîte aux lettres. C'est elle qui a inscrit sur l'enveloppe, au stylo-feutre bleu : « posté le 27 février 2012, 20h20 ». b) Le même jour a eu lieu une audience d'enquêtes lors de laquelle a été entendu, à titre de renseignements, Me Jacques BERCHER, avocat et beau-père de la recourante. Il explique qu'il était présent lorsque l'assurée a terminé de rédiger son recours sur son ordinateur, à son domicile, et il l'a toiletté. C'était la fin de la journée. Ils ont téléphoné à la poste du Mont-Blanc, qui était fermée, et il a suggéré à sa belle-fille de se rendre à celle de Montbrillant, dont il avait le souvenir qu'elle fermait plus tard. La poste était déjà fermée et sa belle-fille lui a téléphoné. Il lui a alors indiqué que la seule solution consistait à poster la lettre dans une boîte aux lettres de la poste fédérale. Elle est passée le prendre à son domicile et ils se sont rendus ensemble à la poste de Chêne-Bourg et il s'est assuré qu'elle glissait le recours dans la boîte aux lettres de la poste. Il habite effectivement Chêne-Bougeries, mais la poste est petite et celle de Chêne-Bourg lui paraît plus importante. De plus, la poste de Chêne-Bourg était centrale entre leurs domiciles de Chêne-Bougeries et de Thônex. Il est resté dans la voiture et sa belle-fille a posté la lettre, ce n'est pas lui qui a griffonné la mention manuscrite au stylo-feutre bleu, mais il a vu sa belle-fille le faire alors qu'elle était devant la boîte aux lettres. Il était environ 20h20 à 20h30. Il n'a pas pensé à attester au dos de l'enveloppe qu'il avait été témoin du fait qu'elle avait été postée à 20h20 ce jour-là. c) La suite de la comparution personnelle a ensuite eu lieu. Le représentant de l'assureur estime d'une part être en présence d'un cas relevant de l'art. 17 OPAS et non pas de l'art. 19 OPAS. D'autre part, le long délai entre l'apparition du trouble et la radiothérapie exclut le lien de causalité entre les deux événements. A cet égard, la recourante relève que les dentistes qu'elle a consultés ont toujours estimé que ses dents étaient fragiles. Il est exact qu'elle n'a pas sollicité l'assurance-maladie, sauf dans le cadre de la présente procédure. Toutefois, elle était en Ouganda durant trois ans et demi, de 2005 à 2008, et durant cette période, les traitements consécutifs aux dents qu'elle a perdues ont été pris en charge par l'assurance internationale qu'elle avait contractée. Jusqu'en 2005, elle a uniquement souffert de caries, dont les dentistes disaient qu'elles étaient causées par la qualité de la salive suite au traitement de radiothérapie. Elle précise avoir encore perdu une dent il y a quelques jours et avoir une couronne provisoire. Le représentant de l'assureur souhaite que l'assurée démontre ses allégations. Il s'en rapporte à justice quant à la recevabilité du recours. Le 12 octobre 2012, la recourante produit la liste des soins effectués par le Dr Q_____ entre le 12 janvier 1997 et le 16 mai 2005, par le Cabinet The Dental Studio (Uganda) du 31 janvier au 7 novembre 2007 et par le Dr P_____ du 13 octobre 2008 au 7 avril 2009 ainsi que certaines factures y relatives. Par pli du 15 novembre 2012, l'intimé maintient ses précédentes conclusions et transmet à la Cour de céans un avis établi en date du 14 novembre 2012 par le Dr N_____, qui a soulevé une contradiction entre la denture « parfaitement saine » dont parle Dr O_____ et l'historique des soins établi par le Dr Q_____ pour la période courant du mois de novembre 1997 au mois de février 1998, mentionnant des soins sur les dents no 37, 24, 25, 27 et 12. Par ailleurs, en comparant les radiographies panoramiques des 13 octobre 1997 et 25 juillet 2011, il a constaté une dégradation importante. Habituellement, le remplacement d'une obturation était nécessaire après une dizaine d'années. Ainsi, attendu qu'en 1997, il y avait un minimum de 8 obturations auxquelles il fallait ajouter 5 caries soignées à la même période par le Dr

Q _____, cela signifiait qu'avant le traitement du carcinome, il y avait déjà une forte tendance à la carie pour une personne alors en bonne santé. D'après le médecin-dentiste, il était logique que d'autres traitements dentaires se soient ensuite succédés durant 14 ans. Il a estimé raisonnable de penser que l'accumulation avait abouti à la situation actuelle. Par pli du 11 décembre 2012, la Cour de céans a interrogé de façon détaillée le Prof.

O _____. Ce dernier a répondu ainsi aux questions posées le 21 janvier 2013 :
Avez-vous examiné l'assuré avant d'établir votre rapport du 7 mai 2012 ? Comme je l'indique dans mon rapport, l'assurée (Mme G) est venue me consulter le 13.03.2012 sur les conseils du Dr M _____. J'ai reconstitué l'histoire de sa maladie et, en allant consulter son dossier à l'Ecole de Médecine dentaire de Genève, j'ai retrouvé l'orthopantomogramme réalisé le 13.10.1997. J'ai ainsi pu apprécier l'évolution de sa denture en comparant avec l'orthopantomogramme réalisé le 25.07.2011 qu'elle m'avait remis lors de cette consultation. L'assurée a reçu des soins sur les dents N° 37, 24, 25, 27 et 12 entre les mois de novembre 1997 et février 1998. Le nombre de ces interventions n'aurait-il pas justifié une prévention fluorée ? Pourquoi ? Tous les patients qui subissent une radiothérapie cervico-faciale sont soumis à un examen préventif bucco-dentaire avant le début de la radiothérapie. L'assurée avait une denture "saine", c'est-à-dire que toutes les dents étaient conservables, avec quelques petits soins conservateurs à effectuer, de sorte que des soins sur les dents N° 37, 24, 25, 27 et 12 ont été effectués durant le traitement de chimiothérapie et de radiothérapie de l'assurée. Ces caries débutantes ne sont pas toutes visibles sur l'orthopantomogramme, apparues avant le début du traitement et qui sont des caries banales, normalement contrôlées par des soins conservateurs et des mesures de d'hygiène bucco-dentaire strictes. La prévention fluorée est en général réservée aux patients présentant une hyposialie car, même avec une hygiène bucco-dentaire correcte, ils développent des caries. Vous avez indiqué que les caries de l'assurée n'étaient pas secondaires à une hyposialie car elles n'étaient pas apparues dans les mois suivant la radiothérapie. Eu égard aux soins apportés par le Dr Q _____ entre les mois de novembre 2005 et de mai 2006, par le cabinet dentaire "The dental Studio" et par le Dr P _____, confirmez-vous votre position ? Pourquoi ? Les caries dues à une hyposialie se développent au plus tard dans les 6 à 12 mois après le traitement de radiothérapie, sans prévention fluorée, de sorte que si l'assurée avait eu des caries liées à cette hyposialie, elle n'aurait plus aucune dent en bouche 14 ans après la fin du traitement. D'après vous, est-il possible que l'assurée souffre d'une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS ou d'une autre maladie au sens de l'art. 18 OPAS ? Si oui, laquelle et pour quelle raison ? L'assurée a été traitée pour une affection répondant à l'art. 17 c al. 2 OPAS pour un traitement prévu à l'art. 19 c OPAS : la dégradation de l'état dentaire actuel est sans doute due à la radiothérapie Le Dr N _____ considère quant à lui, dans son avis du 19 juin 2012, que la dégradation tardive et soudaine de l'état dentaire de l'assurée était à attribuer à une baisse drastique de ses défenses, laquelle pouvait résulter par exemple d'une maladie générale comme le diabète, le stress, un déficit et une carence alimentaire, une fatigue, un effet secondaire des médicaments, une intoxication et un développement d'une flore buccale agressive. Quelle est votre position sur ce point ? Il s'agit d'inepties qui ne reposent sur aucune donnée scientifique et un étudiant qui répondrait cela à l'examen serait à coup sûr recalé. Ce même médecin (dentiste) soutient en substance, par avis du 14 novembre 2012, que l'assurée présentait une forte tendance à la carie avant le traitement du carcinome (lympome) en 1997 et qu'au vu des autres traitements dentaires successifs durant 14 ans, il était logique que cette accumulation ait abouti à la situation actuelle. Quelle est votre position concernant ces déclarations ? Pour les sujet qui présentent

une tendance à la carie, la denture est atteinte presque sur toutes les dents et surtout précocement, soit dès l'enfance, ce qui n'est pas le cas de l'assurée selon premier orthopantomogramme réalisé le 13 octobre 1997 alors qu'elle avait déjà 31 ans. D'ailleurs, l'assurée ne se plaint pas de caries, mais que ses dents se fracturent. Auriez-vous des précisions ou des commentaires à apporter concernant l'état dentaire de l'assurée et en particulier, confirmez-vous que l'état dentaire de l'assurée depuis 2011 est en rapport de causalité avec le traitement par chimiothérapie et radiothérapie effectué entre les années 1997 et 1998 ? Le Dr N_____ ignore les effets secondaires du traitement et ses effets à vie, en augmentation avec le temps. Les effets indirects de la radiothérapie, soit les caries secondaires à l'hyposialie, sont connues et contrôlées par la prévention fluorée, mais les effets directs de la radiothérapie sur les dents sont souvent ignorés car ils sont moins fréquents et moins spectaculaires mais existent bien. Le Dr N_____ aurait dû se documenter, la littérature mentionnant une destruction sous-minante de plaques considérables d'émail provoquant des cas de perte du recouvrement amélaire des structures sous-jacentes comme effets directs de l'irradiation, ce qui ressemble beaucoup à ce que décrit l'assurée, étant précisé que cette destruction sous-minante ne s'observe dans aucune autre situation, à sa connaissance. Comme les effets de la radiothérapie sont définitifs et qu'ils peuvent se manifester plusieurs années après la fin du traitement, le délai ne constitue pas, comme le laisse entendre le Dr N_____, un argument pour écarter toute relation entre l'état dentaire de l'assurée et son traitement de radiothérapie. Il se confirme donc qu'il y a un lien de causalité entre les délabrements dentaires de la patiente et son traitement par radiothérapie. Pour conclure, le Dr N_____ a fait preuve de beaucoup de légèreté, n'a pas sollicité l'avis d'un spécialiste. L'assurance a transmis à la Cour de céans l'accord sur la valeur du point applicable aux prestations médico-dentaires, la convention tarifaire conclue entre la société suisse d'odontostomatologie et les assureurs maladie, aux termes de laquelle, avant le début du traitement, le médecin-dentiste remet à l'assureur compétent un devis estimatif détaillé. Si l'assureur ne s'y oppose pas par écrit dans les 10 jours ouvrables, le devis est réputé accepté (art. 7). Le diagnostic doit être indiqué dans le devis et adressé au dentiste-conseil pour les prestations selon les art. 18 et 19 OPAS. Dans ce cas, le diagnostic doit être posé par le médecin-dentiste et le médecin (art. 8). Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer. L'assurance a transmis l'avis du Dr N_____ du 13 février 2013. Il a aussi suivi et soigné quelques patients souffrant des complications d'un carcinome cervico-facial. Son avis diffère de celui du Dr O_____, qui prétend qu'une bouche saine a des caries en nombre. Ainsi, une expertise par des personnes de niveau équivalent pourra statuer sur les suites, après 14 ans, de la maladie de l'assurée. Le médecin estime que le Prof. O_____ souffre du syndrome du professeur à la retraite et que son rapport relève de la dentisterie ancienne de trois décennies. L'assurée ne s'est pas exprimée. Sur ce, la cause a été gardée à juger le 25 février 2013. 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. a) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par la recourante le 26 janvier 2012 conformément au

document de suivi des envois de La Poste produit par l'intimée. Le délai de recours a ainsi commencé à courir le 27 janvier 2012 est parvenu à échéance le 27 février 2012. En effet, selon l'art. 38 al. 3 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), lorsque le délai échoit un samedi, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. b) Les délais sont réputés observés lorsque l'acte de recours est parvenu à l'autorité ou a été remis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit (art. 17 al. 4 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). La jurisprudence et la doctrine dominante s'accordent à dire qu'il faut également entendre par "poste" les boîtes postales destinées à récolter le courrier non recommandé, car, dès cet instant, le pli est sous la garde de l'administration postale et ne peut plus être restitué à son expéditeur; ainsi le délai peut être observé par le dépôt du pli ordinaire dans une boîte postale avant minuit, même après la dernière levée, ce qui pose en revanche le problème de la preuve (ATF 109 Ia 183 consid. 3a p. 184; JAAC 61 (1997) n. 14, p. 147; B. KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, p. 400 n. 1923). Alors que la preuve de la notification d'une décision incombe à l'autorité, celle de l'observation du délai de recours, donc de l'expédition de l'acte en temps utile, incombe à la partie recourante (ATA/121/2006 du 7 mars 2006 consid. 2; ATA/928/2004 du 30 novembre 2004 consid. 3). Si le sceau postal fait foi de la date d'expédition, cette présomption est réfragable, la partie ayant le droit de prouver par tous moyens utiles - en particulier par témoins - que le pli a été déposé en temps utile dans une boîte postale alors même qu'il n'aurait été oblitéré que le lendemain (ATF 109 Ib 343 consid. 2a p. 344). La simple possibilité que l'acte ait été déposé dans les délais ne suffit pas (ATF 98 Ia 247 consid. 2 p. 249); il faut au contraire, sinon une preuve, du moins la vraisemblance (haute probabilité) que les faits allégués se sont passés comme prétendu (JAAC 61 n. 14, p. 147 précitée). c) En l'occurrence, l'acte de recours est daté du 27 février 2012, toutefois, le sceau postal est daté du lendemain, soit du 28 février 2012, étant précisé que la recourante a indiqué sur l'enveloppe que le courrier avait été posté le 27 février 2012 à 20h20. Elle a également fait parvenir à la Cour de céans, en date du 29 février 2012, une attestation de son beau-père, certifiant que l'acte de recours avait été déposé dans la boîte aux lettres de la poste de Chêne-Bourg le 27 février 2012 à 20h30, suite à une tentative infructueuse auprès de la poste de Montbrillant après 19h00. Eu égard au fait que le sceau postal fait en principe foi de la date d'expédition et à la contestation implicite du respect du délai de recours par l'intimé, la recourante et son beau-père ont été entendus le 9 octobre 2012. Ils ont alors déclaré de manière concordante qu'ils avaient rédigé ensemble l'acte de recours le 27 février 2012, que la recourante s'était rendue seule, le même jour, à la poste de Montbrillant, puis que son beau-père l'avait accompagnée à la poste de Chêne-Bourg pour envoyer son acte de recours, et enfin que la recourante avait griffonné la date à laquelle elle avait posté celui-ci, étant précisé que son beau-père n'avait pas pensé à attester au dos de l'enveloppe qu'il avait été témoin de la remise de l'acte dans une boîte postale. Il n'y a pas lieu de douter de leurs déclarations concordantes, de sorte que la Cour de céans considère au degré de la vraisemblance prépondérante que l'acte de recours a bien été posté le 27 février 2012. Le délai de recours est ainsi respecté. a) 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 ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur

mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a). b) D'après l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33. L'art. 31 al. 1 LAMal prévoit que 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), 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). 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), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté les articles 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; 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 obligatoire des soins 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). A l'art. 17 OPAS, sont énumérées les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent le droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. 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. 18 OPAS prévoit quant à lui que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement - art. 31 al. 1 let. b LAMal -, soit notamment les soins découlant de maladies des glandes salivaires (al. 1 let. d). Toutefois, les prestations ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil (al. 2). Le Tribunal fédéral a précisé, dans un arrêt portant sur des frais de traitement découlant d'une maladie des glandes salivaires, que l'art. 31 al. 1 let. b LAMal en corrélation avec l'art. 18 OPAS - par analogie avec l'art. 31 al. 1 let. a LAMal en corrélation avec l'art. 17 OPAS - ne justifie une prise en charge de prestations par l'assurance obligatoire des soins qu'en cas de maladie non évitable du système de la mastication (ATF 128 V 59 Regeste). En outre, l'art. 19 let. c OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31 al. 1 let. c LAMal, lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne). En ce qui concernait cette disposition, le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises qu'il était applicable lorsque des traitements dentaires étaient nécessaires dans le cadre du traitement d'une pathologie prévue par cette norme, mais non pas lorsque les traitements dentaires sont « uniquement » la conséquence de cette pathologie ou de ses suites (ATF 130 V 472 , consid. 4.2 non publié, arrêt du Tribunal fédéral non publié du 14 décembre 2001, K 122/99 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a ainsi confirmé que l'extraction des dents préalable au remplacement d'une valve cardiaque, afin d'éviter des foyers infectieux, puis la pose d'une prothèse dentaire étaient couverts par l'art 19. let. a OPAS. Il a précisé que les soins dentaires visés par l'art. 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. De même, le rétablissement de la capacité de mastication, visée à l'aide de moyens prothétiques, fait partie du traitement complet de la maladie grave et non évitable au sens de l'art. 17 OPAS

(ATF 124 V 196 et 125 V 16). c) Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques ; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'art. 56 LAMal stipule que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (al. 2 1^{ère} phrase). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé (cf. notamment ATF 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2 ; ATF 128 V 159 consid. 5c/aa; arrêt K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 n° KV 132 p. 279). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a; arrêt K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c, in RAMA 2000 n° KV 132 p. 279). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5; arrêt K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.1.2, in RAMA 2004 n° KV 272 p. 109). L'économie du traitement peut prêter à discussion en matière de traitements prothétiques, étant donné l'éventail des prestations - plus ou moins onéreuses - qu'offre en ce domaine la médecine dentaire (Gebhard Eugster, Aspects des soins dentaires selon l'art. 31 al. 1 LAMal à la lumière du droit de l'assurance-maladie [traduction française de Beat Raemy] in : Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie, vol. 107 [1997], p. 122; étude également publiée dans LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 227 ss, p. 248). Si l'un des autres traitements envisageables permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de traitement plus onéreux. Cependant, même des prestations coûteuses doivent être prises en charge par l'assurance lorsqu'il n'existe pas d'autre méthode de traitement ou à tout le moins pas de méthode plus économique et que le coût de la mesure est acceptable au regard du principe de la proportionnalité (ATF 124 V 200 consid. 3 et réf. citées; voir aussi arrêt K 73/98 du 19 septembre 2001 consid. 7b publié in Plädoyer 2001 no6 p. 71; ATF K 7/01 du 25 janvier 2002 ; ATF 109 V 41). Selon la jurisprudence, les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 ss. consid. 2b et les références). En l'espèce, l'assureur soutient que l'état des dents de l'assurée n'est pas en lien de causalité avec le traitement de radiothérapie subi en 1997 sur la base de l'avis de son médecin-conseil, le Dr N_____ et l'assurée soutient le contraire sur la base de l'avis du Prof. O_____. Outre la querelle peu élégante à laquelle se livrent les deux médecins, la Cour estime que l'avis du Dr N_____ n'est pas convaincant, car il se fonde sur des suppositions quant à l'état de santé général déficient de l'assurée et ne tient pas

compte du fait qu'elle a régulièrement connu des problèmes dentaires dès 1998, et non pas seulement brusquement 14 ans plus tard. Celui du Prof. O _____ est mieux motivé et il expose de façon convaincante que les caries existantes avant le traitement de 1997, soit à l'âge de 31 ans, ne permettent pas d'exclure le lien entre le traitement de radiothérapie et le délabrement actuel des dents. Cela étant, aucun diagnostic précis n'est mentionné dans le devis querellé de la Dresse L _____, qui fait état de "fragilité au niveau dentaire" et prévoit de poser des couronnes sur les dents 36, 15 et 25, et de réparer la dent 12, afin d'éviter l'extraction de celles-ci et la pose d'une prothèse. Le Dr P _____, précédent dentiste-traitant, relève une forte et rapide tendance à la carie et le Prof. O _____ fait état de "délabrement dentaire", mais précise qu'il s'agit de caries sans lien avec une hyposialie, mais dues à une fragilité dentaire consécutive à la radiothérapie. Il affirme ensuite que l'assurée ne se plaint pas de caries, mais que ses dents se fissurent. L'assurée souffre donc de caries multiples, voire d'une fragilité des dents qui nécessitent soit des obturations, soit la pose de couronnes. D'abord, l'assurée ne prétend pas souffrir d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal) soit de l'une des affections limitativement prévues à l'art. 17 OPAS. Le lymphome qui l'a atteinte n'est en effet pas une tumeur de la face, des maxillaires et du cou (art. 18 let. c ch. 2 OPAS). S'il ne fait pas de doute qu'une chimiothérapie est un médicament au sens de l'art 17 let. b, ch. 3 (cf. arrêt K 122/99 du 14 décembre 2001), et qu'il est possible que ce traitement ait eu des effets secondaires irréversibles, il s'avère que l'assurée ne souffre pas d'une parodontopathie, soit une maladie du système de la mastication, mais de nombreuses caries dues à une fragilité accrue des dents, celles-ci ayant expressément été exclues du champs d'application de la maladie grave du système de la mastication. Selon l'ATF 125 V 16, la définition de la maladie, liée à la notion de nécessité de traitement médical, suppose une atteinte d'une certaine ampleur ou la menace sérieuse d'une telle atteinte. Dans le cas des soins dentaires, il y aura atteinte à la santé lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler, ce qui n'est pas le cas ici. La prise en charge du traitement ne relève donc en tout cas pas de cette disposition, sans qu'il soit nécessaire d'examiner le lien de causalité entre le traitement de chimiothérapie et de radiothérapie et la fragilité des dents entraînant des caries. Ensuite, le Prof. O _____ a confirmé que l'assurée n'avait pas développé d'hyposialie suite au traitement subi, eu égard aux doses d'irradiation, raison pour laquelle il n'avait pas été nécessaire de prévoir un traitement fluoré. Il précise que si l'assurée avait présenté une telle hyposialie, sans prévention fluorée, elle n'aurait actuellement plus aucune dent saine. Son avis n'est pas valablement remis en cause par celui du Dr P _____, qui relève que de façon générale, ce qui est notoire, c'est que les traitements de chimio et radiothérapie ont tendance à assécher la salive, qui protège les dents. Or, dans le cas de l'assurée, l'existence d'une hyposialie a été exclue en 1998 après la fin du traitement. Toutefois, seule une maladie des glandes salivaires qui aurait occasionné la multiplication des caries - malgré une prévention adéquate - entrerait en ligne de compte dans le cadre de l'art. 18 let. d OPAS, l'assurée n'ayant souffert d'aucune des autres maladies graves mentionnées dans cette disposition d'application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal. Reste à examiner si le cas tombe sous le coup de l'art. 19 let. c OPAS. Selon le texte de la loi et la jurisprudence claire du Tribunal fédéral, seuls les traitements dentaires nécessaires pour réaliser et garantir un des traitements prévus par la disposition sont pris en charge. Tel est le cas notamment des soins dentaires nécessaires pour effectuer le remplacement d'une valve cardiaque (let. a), lors de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie d'une pathologie maligne (let. c). En d'autres

termes, ce sont les traitements effectués à l'occasion de la chimiothérapie et radiothérapie qui sont visés et non pas les traitements dus aux conséquences de ces thérapies. A cet égard, l'arrêt du Tribunal Fédéral qui admet la prise en charge d'une prothèse dentaire consécutive à l'extraction des dents nécessaire avant une opération du cœur n'est pas applicable. En effet, l'assurée a bénéficié d'un traitement dentaire avant et durant le traitement de radiothérapie afin d'assainir la situation. Celle-ci était ainsi stable après la fin du traitement du lymphome. Le traitement dentaire actuellement nécessaire n'a donc pas pour but de rétablir la fonction masticatoire qui aurait été atteinte pour permettre le traitement de ce lymphome, mais bien de soigner les - éventuelles- conséquences tardives de la radiothérapie. Or, en admettant que les troubles actuels soient encore en lien de causalité avec la radiothérapie, leur traitement n'incombe pas à l'assureur dans le cadre de l'art 19 OPAS. A cet égard, le Tribunal fédéral a toujours confirmé le caractère exhaustif des art. 17 à 19 OPAS. Ainsi, en l'absence de maladie grave du système de la mastication, la question du lien de causalité entre le traitement de chimiothérapie/radiothérapie et les lésions actuelles des dents de l'assurée pourra rester ouverte. Pour finir, la recourante ne saurait tirer argument du délai de 10 jours pour contester un devis, selon la convention liant les assureurs aux dentistes. Outre le fait qu'elle n'est pas partie à cette convention, il s'avère que le devis établi par le dentiste-traitant ne contient aucun diagnostic. Au surplus, à réception des documents envoyés le 6 octobre 2011 et reçus le 11 octobre 2011, l'assureur a clairement fait savoir le 12 octobre 2011 que son approbation était réservée jusqu'à l'issue des investigations supplémentaires nécessaires. Il s'agit manifestement là d'une opposition - provisoire - à ce devis. D'ailleurs, le délai de 10 jours de la convention trouve surtout application lorsque le principe de la prise en charge ne fait pas de doute et qu'il suffit à l'assureur de vérifier rapidement la conformité du devis à l'accord tarifaire, pour éviter que l'assuré soit contraint de patienter inutilement. Dans le cas d'espèce, au vu des avis divergents du médecin-conseil et du Prof O_____, de la complexité de la jurisprudence du Tribunal Fédéral, la situation était loin d'être limpide sur le principe de la prise en charge. En conséquence, la décision est conforme à la loi et, partant, bien fondée. Le recours est donc rejeté. **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 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