

# **GE\_GERICHTE A/868/2000 vom 19. Dezember 2000**

GE Cour de justice, 2000-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_868\\_2000](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_868_2000)

FR: GE\_GERICHTE A/868/2000 du 19 décembre 2000

IT: GE\_GERICHTE A/868/2000 del 19 dicembre 2000

## **Regeste**

ASSU

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).

### **E. 2**

La valeur probante d'un rapport médical dépend du point de savoir si l'avis est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse du patient, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées; si ces conditions sont réunies aucune preuve supplémentaire ne saurait être administrée (ATA S. du 21 décembre 1999).

### **E. 3**

Le tribunal de céans a déjà eu l'occasion de préciser le rôle du médecin conseil tel qu'il est défini par l'article 57 LAMal : celui-ci doit examiner si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (ATA D. du 28 juillet 1998; B. du 29 septembre 1998). Étant donné la place accordée par la loi au médecin conseil, il y a lieu d'admettre que les principes développés par la jurisprudence concernant la valeur probante que le juge peut accorder à l'appréciation émise par les assureurs participant à l'application de l'assurance accident obligatoire sont applicables en matière d'assurance-maladie (ATF 120 V 357 consid. 1 p. 360-362; ATF V. du 20 août 1996; A. MAURER, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Bâle 1996, p. 165; ATA R. du 1er septembre 1998 et les références citées). Il faut donc retenir que lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins conseils des assureurs pratiquant l'assurance obligatoire des soins (art. 11 et 57 LAMal), les rapports émis par ces praticiens ont valeur de preuve s'ils ont été établis à un moment où l'assureur concerné n'était pas partie à la procédure (ATA M. du 10 novembre 1996; B. précité et les références citées). En l'espèce, l'assureur-maladie n'a pas mis sur pied de véritable expertise, confiée à un médecin extérieur après avoir donné à l'assuré le droit d'exercer ses droits procéduraux. Il en a référé à son médecin-dentiste conseil qui a eu entre les mains, selon sa propre note du 11 mai 2000, la lettre du recourant, la première de l'opérateur, datée du 3 avril 2000, et qui s'est encore entretenu le 13 du même mois avec les deux précités. Toutefois, il n'a pas examiné personnellement le recourant. Les renseignements fournis par l'opérateur au tribunal de céans permettent d'éclairer certains

points restés obscurs, notamment concernant l'étiologie et le traitement des maux présentés par le recourant. Il n'y a donc pas lieu d'accorder au seul rapport écrit de ce médecin-dentiste conseil pleine valeur probante.

#### **E. 4**

En vertu de l'article 31 alinéa premier LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires, s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a) ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b) ou encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). a. Il ressort des travaux des Chambres fédérales que le législateur entendait principalement limiter l'obligation de rembourser des soins dentaires dans un but de maîtrise des coûts. La discussion devant les deux Chambres fédérales, s'agissant de l'article 25 du projet qui correspond à l'article 31 de la loi, a porté surtout sur l'exclusion de l'obligation de rembourser tous les traitements qui auraient pu être évités par une hygiène dentaire correspondant aux standards communément acceptés dans les pays où des actions de prévention sont menées régulièrement. C'est dans cet esprit que les rapporteurs n'entendaient mettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins que les soins ayant trait à l'état du système masticatoire ou de la santé de la personne concernée au sens général (BOAF, CE, séance du 17 décembre 1992, rapport de M. Huber, p. 1301 et intervention de M. Cotti, Conseiller fédéral, même séance, p. 1302). Le Conseil national s'est rallié à la version proposée par la majorité de la commission du Conseil des États. Les députés au Conseil national ont donc adopté ainsi également une vision restrictive de la prise en charge des soins dentaires pour éviter de mettre à la charge des assureurs sociaux, dans le cas de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitements médicaux qui auraient pu être évités par la prévention. Selon le rapporteur, Madame la conseillère nationale Segmüller, le législateur a bien voulu créer là une "lex specialis, n'ayant pas valeur de précédent pour le reste de la législation et qui ne devait pas être généralisée" (BOAF, CN, séance du 5 octobre 1993, p. 1844; traduction libre). b. Dans une première affaire (ATA C.-S. du 13 janvier 1998), le tribunal de céans a admis le caractère exhaustif des soins médicaux pris en charge dans le cadre de l'assurance de base au sens de l'article 31 alinéa 1 LAMal, ainsi que 17 à 19 OPAS. Il s'agissait d'un cas d'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire et d'une luxation du condyle et du disque articulaire. Les soins nécessités par cette ou ces maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion ont consisté en une consultation auprès d'un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, en la confection d'une gouttière occlusale qui a nécessité elle-même une ortho-tanpomographie. L'intégralité de ces soins a été mise à la charge de l'assureur. Dans une seconde affaire, jugée le 29 septembre 1997 (T. contre l'assureur A.; N° AM78/97-111/1997), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis également le caractère exhaustif du catalogue des articles 31 LAMal et 17 à 19 OPAS et a jugé que l'extraction des dents ayant eu lieu avant une opération du coeur avait pu être ordonnée pour prévenir un foyer infection préopératoire. Elle était donc à la charge de l'assureur dans le cas de l'assurance obligatoire des soins. Par contre, la confection de la prothèse destinée à remplacer les dents extraites ne pouvait être assimilée au traitement d'un foyer infectieux, l'extraction constituant la seule mesure idoine à cet égard. Enfin, le 5 mai 1998 (ATA Ch.), le tribunal de céans a admis la prise en charge des frais de traitement dentaire à la suite d'une ostéomyélite. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) le 5 février 1999 (cf. également note DUC, PJA 1999 871). Les arrêts déposés par l'intimée ne permettent pas de conclure dans un sens différent de ceux précités. Le Tribunal des assurances du canton de

Vaud a confirmé le 5 novembre 1998 le caractère exhaustif du catalogue (X. contre l'assureur CMBB; N° AM131/97-7/1999) dans un cas où il n'y avait précisé pas d'abcès lié aux dents de sagesse et il faut rappeler le TFA a arrêté que l'atlas de la société suisse d'odonto-stomatologie ne liait pas le juge, car il était dépourvu de tout caractère normatif (ATF 124 V 351 consid. 2e p. 354), même si la juridiction cantonale précitée en a jugé autrement. Le Tribunal valaisan des assurances a exposé dans son arrêt du 12 mars 1999 (X. contre X.) que la prise en charge de l'extraction d'une dent de sagesse supposait malposition et abcès : ce raisonnement ne saurait dès lors conforter la thèse de l'assureur de la cause aujourd'hui litigieuse.

#### **E. 5**

Le but du traitement médical, dans les limites de l'assurance maladie, est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé (ATF 121 V 119 consid. 1 p. 121, 120 v 463 consid. 5 p. 471, 111 V 229 consid. 3b p. 234 et les arrêts cités). À cet égard, l'extraction de dents est une atteinte, secondaire, due en l'espèce à la maladie, qui peut être éliminée par un traitement médical adéquat. Comme cela ressort des travaux des Chambres fédérales précités, le législateur entendait limiter strictement les cas de prise en charge des traitements médicaux dentaires, sans par ailleurs limiter d'une manière particulière les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts des soins médicaux dentaires. Il convient de faire application de la règle générale contenue dans l'article 32 alinéa premier LAMal selon laquelle les prestations mentionnées aux articles 25 à 31, donc également en cas de soins dentaires, doivent être efficaces, appropriées et économiques.

#### **E. 6**

Selon l'article 17 lettre a OPAS, en cas de dislocation dentaire, de dents surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie, par exemple en cas d'abcès, l'assureur-maladie doit verser des prestations. Ainsi que cela ressort clairement des déclarations de l'opérateur notamment, le recourant ne s'était certes jamais fait extraire ses dents de sagesse, voire la dent surnuméraire qu'il présentait. L'ensemble de celles-ci était resté asymptomatique, incluses pour partie dans l'os de la mâchoire, le recourant n'ayant jamais souffert de dents de sagesse dans une phase de croissance de celles-ci. Par contre, il a présenté après une période de douleurs lancinantes, un important abcès régional, remarqué par plusieurs de ses collègues au sein des HUG. Le traitement initial a consisté à combattre cet abcès par des antibiotiques. Afin d'en éliminer la cause, il a été décidé d'extraire la dent de sagesse qui l'avait provoqué, ainsi que les trois autres et la dent surnuméraire. Les considérations du médecin dentiste conseil quant à des extractions préventives sont dénuées de pertinence, car le recourant a exposé, sans avoir été contredit, que les dents litigieuses étaient restées totalement asymptomatiques jusqu'au printemps 2000. On ne saurait raisonnablement exiger d'un individu une extraction chirurgicale de dents de sagesse qui n'ont pas poussé lorsque celles-ci n'occasionnent aucun trouble de la santé. La notion de maladie non évitable du système de la mastication, contenue dans l'article 31 alinéa premier lettre a LAMal doit être comprise dans le sens que lui ont donné les auteurs de la loi, comme cela ressort du considérant 4a du présent arrêt: il s'agissait d'éviter que la négligence d'une personne conduise à la prise en charge de prestations de dentisterie évitables par le maintien d'une bonne hygiène. Or en l'espèce, il n'est ni établi, ni même allégué, que le recourant ne soignait pas sa bouche selon les standards communément acceptés dans les pays comparables au nôtre. Sur le vu de sa profession, il est même permis de considérer qu'il

devait être raisonnablement sensible aux campagnes de prévention menées à cet égard. Ainsi donc, il a souffert d'une maladie du système de la mastication sous forme d'un abcès, lequel n'était pas évitable, provoqué par une dent de sagesse incluse et dans une position anormale du fait de la configuration de la mâchoire. La maladie infectieuse était en elle-même grave; en cas de complications, elle aurait pu même entraîner des conséquences létales. Le traitement provisoire consistait en une antibiothérapie et celui définitif en une extraction de la dent concernée et de celles susceptibles de provoquer la même maladie. Il n'est pas allégué par la caisse-maladie intimée que le traitement facturé au tarif de la salle commune pour partie et pour une autre partie, sous forme ambulatoire, n'a pas été efficace ou approprié ou encore économique. Elle doit donc en supporter les coûts.

#### **E. 7**

Selon la jurisprudence constante, des intérêts moratoires ne sont pas dus en matière d'assurances sociales, sauf disposition légale contraire (ATF 117 V 351 ; 113 V 48 ; A. GRISEL, L'apport du Tribunal fédéral des assurances au développement du droit public, in Mélanges A. BERENSTEIN, p. 451 ss; P. MOOR, Droit administratif, vol. II, p. 44; S. SPAHR, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, RVJ 1990, pp. 380 ss.). Des exceptions à cette règle se justifient toutefois en présence d'actes ou d'omissions illicites ou d'un comportement dilatoire de l'administration (RAMA 1990 p. 104; RCC 1990 p. 45). Une autre exception est admise dans le cadre du versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art 24 LAA; ATF 119 V 131 ). En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'éloigner de la règle selon laquelle l'assureur social ne saurait être astreint au versement d'intérêts moratoires.

#### **E. 8**

Le recours sera dès lors admis et la décision attaquée annulée. En application des articles 87 lettre g LAMal et 89G LPA, le recourant a droit à une indemnité qui sera fixée à CHF 1'200.-.

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