

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3353/2007

ATAS/773/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 juin 2008

En la cause

Madame R_____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de MUTUEL ASSURANCES (ci-après : l'assurance).
2. Le 16 avril 2007, son dentiste traitant, le Dr A_____, spécialiste en orthodontie, a adressé au médecin-dentiste conseil de l'assurance un courrier aux termes duquel il a indiqué avoir reçu l'intéressée en consultation pour la première fois le 22 février 2007. Il avait alors constaté que ses dents antérieures étaient "en relation de bout à bout" et que les bords des incisives étaient abîmés. Cette situation entraînait des douleurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires et des problèmes fonctionnels. Le Dr A_____ a diagnostiqué une prognatie mandibulaire et une rétro-maxillie. Il a également noté que les incisives supérieures étaient vestibuloversées et les incisives inférieures linguoversées.

Le médecin a préconisé un traitement orthodontique et chirurgical consistant en la pose d'un appareillage fixe complet et en un alignement des dents suivis par une chirurgie maxillo-faciale (probablement un avancement du maxillaire supérieur) et des finitions orthodontiques.

Afin de savoir s'il pouvait commencer le traitement envisagé, le médecin demandait l'accord de l'assurance pour prendre en charge les soins proposés à l'assurée étant précisé que cette dernière présentait une infirmité congénitale (prognatie inférieure congénitale).

3. Par courrier du 23 avril 2007, l'assurance a répondu au Dr A_____ qu'elle se refusait à prendre en charge les frais en question. Elle a expliqué que le traitement de l'infirmité congénitale aurait dû intervenir avant que l'assurée n'atteigne l'âge de 20 ans. Constatant que c'étaient pour des raisons non médicales que le traitement n'était pas intervenu plus tôt, l'assurance a refusé d'intervenir.
4. Par courrier du 19 mai 2007, l'assurée a demandé à l'assurance de rendre une décision formelle.
5. L'assurance s'est exécutée en date du 31 mai 2007 en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances.
6. Par courrier du 25 juin 2007, l'assurée a formé opposition à cette décision en expliquant qu'il était urgent qu'elle puisse entreprendre les traitements préconisés et qu'elle n'avait pas les moyens de faire appel à un dentiste privé. Elle a allégué qu'originnaire de Colombie, elle n'est arrivée à Genève que le 25 septembre 2000 et que si elle n'a pas effectué le traitement préconisé en Colombie, c'est qu'elle rencontrait des problèmes financiers. Elle a fait remarquer qu'elle n'est arrivée en Suisse qu'à l'âge de 32 ans. Elle a enfin indiqué qu'elle souffre au niveau des

articulations temporo-mandibulaires, qu'elle rencontre des problèmes fonctionnels et que ses incisives sont abîmées.

7. Par décision sur opposition du 9 août 2007, l'assurance a confirmé sa décision de refus de prise en charge des soins. Elle a répété que le traitement aurait pu et dû être effectué au moment de l'adolescence. Elle a constaté qu'il n'existait en l'occurrence aucune raison médicale justifiant son report jusqu'en 2007 - soit plus de six ans après l'arrivée de l'assurée en Suisse. Enfin par surabondance de moyens, l'assureur a relevé qu'en vertu du principe de l'égalité de traitement, il ne pouvait accepter de mettre l'assurée au bénéfice d'un traitement sous prétexte qu'elle n'est arrivée en Suisse que postérieurement à ses vingt ans car cela reviendrait à préteriter les assurés nés en Suisse - à qui le traitement relatif à une infirmité congénitale est refusé s'il intervient après la limite temporelle des vingt ans.
8. Par courrier du 7 septembre 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle allègue que la situation financière de ses parents ne leur permettait pas de la faire soigner en Colombie. Quant au laps de temps qui s'est écoulé entre le moment de son arrivée en Suisse et le dépôt de sa demande, elle l'explique par le fait qu'elle a eu un enfant et a également rencontré des difficultés financières.
9. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 4 octobre 2007, a conclu au rejet du recours en reprenant en substance les arguments déjà développés dans ses décisions.
10. Par courrier du 27 novembre 2007, l'assurée a produit un devis établi par le Dr B_____. Il en ressort que si l'intervention était prise en charge par l'assurance, son coût ne serait que de 4'681 fr. pour l'assurée alors que l'ensemble des frais pour ce type d'opération et d'hospitalisation s'élèverait à 12'000 fr. environ.
11. Par courrier du 12 décembre 2007, l'intimée a maintenu sa position.
12. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 12 juin 2008 au cours de laquelle l'assurée a réexpliqué que c'est bien pour des raisons économiques qu'elle n'a pas entrepris de traitement plus tôt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Le recours interjeté en temps utile est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le traitement dentaire préconisé par le médecin dentiste de la recourante doit être pris en charge en totalité ou partie par l'assurance obligatoire des soins.
5. 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, 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 obligatoire des soins 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).

6. Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), le Département fédéral de l'Intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal.

Ainsi, 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. 1 LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins.

L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal); il s'agit de maladies qui ne sont pas,

comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier.

L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal).

Enfin l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales, au nombre desquelles figure la prognathie (art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS), dont le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'elle doit être assimilée à une maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal (ATF 129 V 80ss).

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 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4).

7. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante est atteinte d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 22 OPAS. Reste à examiner si elle remplit les conditions pour voir les frais induits par le traitement de cette infirmité pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

A cet égard, l'art. 19a al. 1 OPAS précise que l'assurance ne prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales que lorsque (a) les traitements sont nécessaires après la 20^{ème} année ou lorsque (b) les traitements sont nécessaires avant la 20^{ème} année pour un assuré soumis à la LAMal mais non assuré par l'assurance-invalidité fédérale.

8. La jurisprudence a précisé que ne sont réputés nécessaires au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS que les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, pour des raisons médicales, requièrent une intervention au-delà de l'âge de 20 ans. Le Tribunal fédéral a en effet considéré que l'assurance obligatoire des soins ne peut pas être appelée à répondre des coûts résultant de traitements qui auraient pu être effectués avant cette limite temporelle mais qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assureur-maladie (ATF 130 V 294, consid. 5.2-5.5, précision de la jurisprudence rendue aux ATF 129 V 80). Si, en dépit de l'indication médicale, l'intervention est repoussée sur des années voire sur des dizaines d'années, la nécessité du traitement dentaire au sens de la disposition réglementaire précitée n'est plus donnée.
9. Tel est précisément le cas en l'occurrence. Ainsi que l'a d'ailleurs admis la recourante, ce ne sont pas des raisons médicales mais uniquement pécuniaires qui expliquent le report du traitement.

Dès lors que l'indication médicale était déjà donnée avant la vingtième année de la recourante - ce qui n'est pas contesté - et qu'aucune raison médicale n'exigeait que le traitement dentaire occasionné par l'infirmité soit pratiqué seulement en 2007, la prise en charge du traitement doit être refusée.

Quant au fait que l'assurée n'est arrivée en Suisse que postérieurement à ses vingt ans, il n'est pas pertinent dans la mesure où, d'une part, elle a quoi qu'il en soit, encore reporté de plusieurs années son traitement après son arrivée, et d'autre part, comme le fait remarquer à très juste titre l'intimée, on ne saurait créer une discrimination entre les assurés issus de l'immigration et arrivés en Suisse après l'âge de vingt ans et ceux qui, nés en Suisse, se voient refuser un traitement au motif qu'ils l'ont demandé au-delà de cette limite temporelle.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**11. PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le