

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/885/2016

ATAS/154/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 février 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

recourante

contre

KPT CAISSE-MALADIE SA, sise Wankdorffallee 3, BERN

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1978, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins et accidents auprès de KPT Caisse-maladie (ci-après l'assurance), avec laquelle elle a également conclu une assurance complémentaire de soins dentaires.
2. Dans une attestation du 26 mars 2015, la doctoresse B_____, médecin-dentiste, a certifié que l'assurée devait subir des soins d'hygiène consistant en un détartrage et une fluoration tous les trois mois. Sa maladie et ses conséquences, soit l'acidose métabolique, les carences nutritionnelles et les reflux acides, avaient entraîné des érosions au niveau des collets des dents et des retraits gingivaux. Cela provoquait des hypersensibilités et, par conséquent, un brossage difficile entraînant un dépôt de plaque dentaire et, à la longue, une gingivite et des caries. Des soins d'hygiène professionnels fréquents et réguliers étaient donc nécessaires.
3. En date du 31 mars 2015, le professeur C_____, médecin au Service de gastroentérologie et d'hépatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a établi un certificat confirmant que l'assurée avait notamment eu besoin de soins dentaires dans le contexte de sa maladie digestive.
4. Le 1^{er} avril 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, a certifié que l'assurée, en raison d'une formation accélérée de plaque dentaire associée à sa convalescence d'une période de dénutrition, avait besoin d'un entretien régulier des gencives afin d'éviter des douleurs ou des difficultés supplémentaires au niveau de l'apport nutritionnel.
5. Le 17 avril 2015, le professeur E_____, médecin à l'Unité de nutrition des HUG, a confirmé la nécessité de procéder chez l'assurée à des soins dentaires prophylactiques, dans un contexte de pathologie digestive sévère, avec des répercussions majeures sur l'état nutritionnel. Le médecin a expliqué que cette maladie était associée à une modification importante de la microflore buccale et de la qualité de la salive, elles-mêmes fortement associées à une déposition accrue de tartre et un risque très augmenté de gingivite et de caries.
6. Par courrier du 14 juillet 2015, l'assurance, se référant à la correspondance du 26 mars 2015 de la Dresse B_____, a invité cette dernière à lui préciser si le traitement relevait des prestations obligatoires au sens des dispositions légales.
7. Par courrier du 5 août 2015, la Dresse B_____ a répondu en répétant que l'assurée avait besoin de soins d'hygiène réguliers en raison de sa maladie. Il y avait lieu de s'adresser à son médecin traitant pour les détails. Le traitement effectué le 9 mars 2015 relevait de prestations obligatoires. La dentiste s'est référée à la disposition

réglementaire prévoyant la prise en charge des soins occasionnés par certaines maladies du métabolisme.

8. Le 20 août 2015, l'assurance a indiqué à l'assurée que, selon les informations à sa disposition, le traitement dentaire dont la prise en charge était requise ne faisait pas partie du catalogue exhaustif des prestations que les assureurs-maladie pouvaient couvrir par le biais de l'assurance obligatoire des soins. Si son dentiste était d'un autre avis, il devait lui transmettre le formulaire de lésions dentaires selon l'assurance-maladie, accompagné de la documentation radiologique topique.
9. Le 7 septembre 2015, l'assurée a répondu qu'elle avait fourni tous les documents établissant le caractère indispensable du traitement dentaire au vu de sa maladie dans le cadre d'une récente procédure d'opposition, laquelle avait été admise par l'assurance. Elle s'est référée aux attestations des Prof. C_____ et E_____ et du Dr D_____, respectivement datées du 31 mars, du 17 avril et du 1^{er} avril 2015, en invitant l'assurance à prendre en charge l'ensemble des factures relatives aux soins dentaires qu'elle lui avait adressées.
10. Le 14 septembre 2015, l'assurance a informé l'assurée qu'après réexamen de son dossier, elle considérait que les conditions légales et réglementaires à la prise en charge du traitement n'étaient pas réalisées. Il n'y avait pas de lien entre le traitement dentaire et l'affection. Lesdits traitements consistant en assainissements dentaires ordinaires et non en traitements de foyers infectieux, ils ne relevaient pas des prestations obligatoires.
11. Le 22 septembre 2015, l'assurée s'est insurgée du refus de la caisse et a invité celle-ci à reconsidérer sa position ou à lui notifier une décision formelle.
12. Par décision du 6 novembre 2015, l'assurance a refusé la prise en charge du traitement de la Dresse B_____ pour un montant de CHF 50.- et des mesures d'hygiène dentaire annoncées au motif qu'ils correspondaient à un traitement dentaire normal dont l'assurée pouvait demander la prise en charge par son assurance complémentaire de soins dentaires.
13. L'assurée s'est opposée à cette décision le 9 décembre 2015.

Elle a expliqué souffrir depuis l'automne 2010 d'une infection rare et très grave de la motricité du système digestif, dont la Dresse B_____ a attesté que les traitements « entraînent dans la définition des maladies du métabolisme » (*sic*) de sorte qu'ils devaient être pris en charge.

L'assurée a fait valoir qu'il suffit que plusieurs médecins attestent qu'une maladie grave rend nécessaires les soins et traitements dentaires prodigués par la Dresse B_____, sans qu'il soit nécessaire que la maladie grave en question figure dans la liste réglementaire. En effet, dans certaines situations, des soins peuvent être remboursés alors même qu'ils ne figurent pas dans la liste des spécialités. Tel est notamment le cas lorsqu'une maladie entraînant une menace pour la vie du patient ou une atteinte grave ou chronique ne pourrait être traitée autrement de

manière efficace. En l'occurrence, l'ensemble des certificats atteste que la maladie de l'assurée affecte sa santé et que les soins dont le remboursement est requis sont nécessaires.

14. Par décision du 12 février 2016, l'assurance a rejeté l'opposition.

Elle a relevé qu'en l'espèce, aucun des traitements dentaires réalisés par la Dresse B_____ n'avait fait l'objet d'une requête préalable de prise en charge, ni bénéficié de la garantie spéciale de l'assurance et de l'autorisation expresse de son médecin-conseil.

Pour le surplus, elle ne pouvait statuer sur une requête inconditionnelle de prise en charge future de tous les traitements dentaires auxquels l'assurée se soumettrait.

15. Par écriture du 16 mars 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'assurance et à ce que cette dernière soit condamnée à la prise en charge de l'ensemble des factures liées aux soins et mesures d'hygiène dentaire dûment prescrits par le corps médical et au remboursement de l'ensemble des traitements subis à ce titre depuis le mois de mai 2014.

La recourante souligne que l'affection de la motricité du système digestif dont elle souffre depuis l'automne 2010 est une maladie orpheline grave, pour laquelle aucun traitement n'est connu.

Elle rappelle que la loi prévoit la prise en charge par l'assurance obligatoire des traitements de soins dentaires qui découlent d'une maladie du métabolisme et considère que tel est le cas en l'occurrence. De surcroît, le corps médical a attesté de la nécessité des soins dentaires prodigués, directement liés à la maladie dont elle est atteinte. La recourante en tire la conclusion que les conditions légales à la prise en charge desdits soins sont dès lors remplies.

Selon la recourante, l'intimée se méprend sur la portée de la disposition réglementaire régissant la prise en charge des soins dentaires.

Quant à l'autorisation expresse du médecin-conseil préalable à la prise en charge, elle soutient qu'il s'agit d'un avis purement consultatif, à défaut de quoi l'obligation de prise en charge perdrait toute sa substance. Le but de cette exigence est seulement de permettre à l'assureur un contrôle des coûts, à titre informatif. Dès lors que les conditions légales de couverture sont remplies, l'assureur n'a d'autre choix que de donner sa garantie.

A l'appui de sa position, la recourante produit encore, notamment, un certificat rédigé le 3 mars 2016 par le Dr D_____, attestant que l'entretien dentaire régulier avec détartrage tous les trois mois constitue une intervention médicale dont le besoin dérive directement de l'affection rare et sévère du tube digestif dont la recourante souffre.

16. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 mai 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimée rappelle que la recourante dispose également d'une assurance privée couvrant la moitié des frais des soins dentaires, jusqu'à CHF 300.- par an.

Elle fait valoir qu'à réception de la facture de la Dresse B_____ du 26 mars 2015, elle lui a adressé des questions ciblées.

L'intimée précise que sa référence antérieure à des « traitements en lien avec des foyers infectieux » était erronée et invite la Chambre de céans à ne pas en tenir compte.

L'assurance fait remarquer que jamais les médecins de la recourante n'ont précisé à quelle disposition légale ils se réfèrent exactement.

L'intimée souligne que, selon la jurisprudence, la liste des affections nécessitant des soins dentaires à la charge de l'assurance est exhaustive. Or, à l'évidence, la maladie digestive dont souffre la recourante ne figure pas dans cette liste.

Quant à la disposition réglementaire dont la recourante se prévaut, elle n'est pas applicable au cas d'espèce. En effet, les mesures d'hygiène dentaire prodiguées ne sont pas la conséquence d'une maladie grave énoncée mais font partie de l'hygiène buccale ordinaire. Le modèle suisse de prise en charge des soins dentaires se base sur le principe selon lequel les caries, pertes de dents et autres problèmes du système masticatoire sont évitables par une hygiène buccale appropriée, à l'exception de quelques rares maladies. Seuls les dommages graves et inévitables subis par le système masticatoire sont couverts par l'assurance obligatoire de soins et un assuré ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-maladie si le dommage est dû à une mauvaise hygiène dentaire ou au recours tardif à un dentiste. Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante. Ainsi, même dans l'hypothèse où un assuré souffre d'une maladie donnant droit à la prise en charge des traitements dentaires, cela ne le dispense pas de prendre toutes les mesures que l'on peut attendre afin d'éviter une affection dentaire.

L'intimée argue que, dans le cas particulier, la Dresse B_____ justifie sa requête de prise en charge par des érosions au niveau des collets des dents et des retraits gingivaux, qui causeraient des hypersensibilités et donc un brossage difficile. Elle ne se réfère à aucune disposition particulière, comme si le fait de souffrir d'une maladie digestive ouvrait directement le droit à des soins dentaires à charge de l'assurance-maladie. Le Prof. C_____, le Prof. F_____ et le Dr D_____ ne précisent pas non plus la disposition sur laquelle ils basent leur requête.

Enfin, l'intimée conteste que le rôle du médecin-conseil soit purement consultatif. Dans la pratique, en cas de maladie grave visée par le règlement, les soins dentaires font l'objet d'un formulaire complété par le dentiste et envoyé préalablement à la caisse-maladie pour examen et approbation du plan d'intervention, après soumission au médecin-conseil et avec son autorisation. En l'espèce, la prise en

charge a été requise après le traitement et sans aucune indication claire de la base légale. De ce fait, l'intimée n'a pas eu l'occasion de soumettre la requête à son médecin-conseil, afin qu'il puisse donner son autorisation expresse et n'a jamais pu fournir au préalable la garantie spéciale nécessaire.

17. Dans sa réplique du 17 juin 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions et demandé, si nécessaire, l'audition de la Dresse B_____. Sur le fond, elle conclut à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser CHF 2'866.- sous réserve d'amplification, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} octobre 2015 (date moyenne), correspondant aux soins et consultations dentaires depuis 2014. La recourante conclut au surplus à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge l'ensemble des factures liées aux soins dentaires et aux mesures d'hygiène dentaire occasionnés par sa maladie.

La recourante affirme que son hygiène dentaire est irréprochable. Elle répète que les soins dentaires sont occasionnés par la maladie grave du métabolisme dont elle souffre, comme cela ressort des attestations de ses médecins. Ces affections dentaires ne pouvaient être évitées par de simples mesures d'hygiène buccale.

Elle souligne qu'il s'agit là d'une maladie orpheline qui n'a donc pu être envisagée lors de l'établissement de la liste exhaustive du règlement. Selon elle, on serait en présence d'une lacune authentique de la loi qu'il appartiendrait à la Cour de combler.

La recourante produit :

- a. une attestation du 2 juin 2016 de la Dresse B_____, confirmant que l'hygiène dentaire de l'assurée, qu'elle voit tous les trois mois, est correcte et suffisante : l'intéressée utilise du fil dentaire et des brossettes, ainsi qu'une gouttière de fluoruration ;
- b. une note d'honoraires du 2 octobre 2014, de CHF 324.- (valeur du point CHF 3.60), correspondant à un traitement prodigué du 30 juillet au 22 septembre 2014, comprenant un composite à une face, une préparation dentinaire, un mordançage émail et un détartrage ;
- c. une note d'honoraires du 23 décembre 2014, de CHF 146.- (valeur du point CHF 3.71), correspondant à un traitement du 19 décembre 2014 comprenant un détartrage et deux brosses curaprox ;
- d. une note d'honoraires du 19 mars 2015, de CHF 133.20 (valeur du point CHF 3.70), correspondant à un détartrage, le 9 mars 2015 ;
- e. une note d'honoraires du 18 juin 2015, de CHF 133.20 (valeur du point CHF 3.70), correspondant à un détartrage, le 8 juin 2015 ;
- f. une note d'honoraires du 2 novembre 2015, de CHF 1'476.30 (valeur du point CHF 3.70), correspondant à un traitement du 21 août au 23 octobre 2015,

comprenant un détartrage, deux anesthésies, quatre composites, un mordançage et une préparation dentinaire ;

- g. une note d'honoraires du 26 novembre, de CHF 166.- (valeur du point CHF 3.70), correspondant à un détartrage, le 24 novembre 2015 ;
- h. une note d'honoraires du 10 mars 2016, de CHF 487.- (valeur du point CHF 3.70), correspondant à un traitement du 26 février au 1^{er} mars 2016 comprenant un détartrage, une empreinte, des frais de laboratoire et une séance de contrôle.

18. Le 3 août 2016, l'intimée a dupliqué en répétant que la liste des maladies justifiant la prise en charge des soins dentaires est exhaustive.

L'intimée relève en outre que la Dresse B_____ a toujours utilisé une valeur du point entre CHF 3.60 et CHF 3.71, alors que les soins à charge de l'assurance-maladie obligatoire sont facturés selon une valeur unique de CHF 3.10.

Enfin, elle rappelle n'avoir jamais donné de garantie de prise en charge avec l'autorisation de son médecin-conseil.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

- 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
- 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.
- 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge de soins dentaires.

La recourante a précisé ses conclusions dans sa réplique, en exigeant le remboursement d'un montant de CHF 2'866.-, correspondant, selon ses dires, aux notes d'honoraires de la Dresse B_____.

C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_660/2015 du

24 février 2016 consid. 4.1). Les frais des traitements postérieurs à la décision attaquée ne devraient ainsi en principe pas être examinés dans le cadre de la présente procédure.

Cela étant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.2). Ces conditions sont réalisées en l'espèce.

Quant à la conclusion tendant à la prise en charge future de tous les traitements dentaires de la recourante par l'intimée, elle est en revanche irrecevable, dès lors qu'elle n'est pas en état d'être jugée, les prestations en cause n'étant pas déterminées.

5. Aux termes de l'art. 31 al. 1 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 s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). L'art. 31 al. 2 LAMal dispose qu'elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1 al. 2 let. b.

Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. A l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux art. 17 à 19 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS - RS 832.112.31).

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 permettant la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige.

L'art. 18 al. 1 OPAS dispose que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves suivantes ou leurs séquelles et

nécessaires à leur traitement (art. 31, al. 1, let. b, LAMal) : maladies du système hématopoïétique, neutropénie, agranulocytose (ch. 1), anémie aplastique sévère (ch. 2), leucémies (ch. 3), syndromes myélodysplastiques (SDM) (ch. 4), diathèses hémorragiques (ch. 5) (let. a) ; maladies du métabolisme : acromégalie (ch. 1), hyperparathyroïdisme (ch. 2), hypoparathyroïdisme idiopathique (ch. 3), hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D) (ch. 4) (let. b) ; autres maladies : polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires (ch. 1), maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires (ch. 2), arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires (ch. 3), maladie de Papillon-Lefèvre (ch. 4), sclérodémie (ch. 5), SIDA (ch. 6), maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication (ch. 7) (let. c) ; maladies des glandes salivaires (let. d). Aux termes de l'art. 18 al. 2 OPAS, les prestations mentionnées à l'al. 1 ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.

L'art. 19 OPAS a pour objet la prise en charge des soins dentaires nécessaires afin de réaliser et garantir les traitements médicaux au sens de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal.

Les coûts de tous les traitements dentaires qui sont nécessaires en raison de la grave maladie au sens de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal doivent être pris en charge (ATF 124 V 351 consid. 2d). La maladie du système de la mastication doit être objectivement inévitable. Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles ; une personne assurée qui, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Les mesures d'hygiène à prendre au quotidien et les visites régulières chez le dentiste doivent toutefois rester raisonnablement exigibles (ATF 128 V 59 consid. 6d). Lorsque les soins d'hygiène buccaux sont simplement plus difficiles mais pas impossibles, par exemple en raison d'une dépression, le critère de l'inévitabilité n'est pas réalisé (ATF 128 V 70 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2007 du 5 mars 2008 consid. 3).

6. De jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance est réglée de manière exhaustive aux art. 17 à 19 OPAS (ATF 129 V 80 consid. 1.3, arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2009 du 16 avril 2010 consid. 1.2).

Certes, les dispositions de l'OPAS n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Néanmoins, le Tribunal fédéral des assurances s'impose une grande retenue dans cet examen. En effet, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En outre, le catalogue des maladies repose sur une consultation préalable de la Commission fédérale des prestations générales. Or, sous l'angle médical, les avis de la commission sont propres à assurer au contenu de la liste une certaine homogénéité, qui ne serait plus

garantie en cas de complément de cette liste par le juge (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 107/00 du 6 novembre 2000 consid. 2). Un complément par le juge nécessiterait en outre une consultation préalable d'experts, ce qui prendrait un temps considérable (ATF 124 V 185 consid. 6).

En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis sont à la base d'une décision du DFI - se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 142 V 249 consid. 4.3). Faute d'indices permettant de penser que la limitation critiquée serait la conséquence d'une lacune manifeste ou reposerait sur des considérations arbitraires de la part du législateur, il n'y a pas place pour substituer une autre appréciation à celle de l'autorité compétente, d'autant moins lorsqu'elle est fondée sur l'avis de spécialistes (ATF 139 V 509 consid. 5.3). D'autre part, le juge n'a pas la possibilité d'étendre le contenu d'une liste par un raisonnement analogique (ATF 125 V 21 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 46/05 du 13 février 2006 consid. 5.1).

7. Selon la jurisprudence, les diagnostics et indications suivants ne tombent notamment pas sous le coup de l'art. 18 OPAS : atteintes du système de la mastication causées par le diabète, par des radiations en raison d'un carcinome, atteintes liées à une chimiothérapie et à une radiothérapie en cas de lymphome de Hodgkin et de cancer du sein, extraction d'une dent après une chimiothérapie administrée en raison d'un cancer, colite (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 31 ad art. 31 LAMal).

Dans le cas d'une assurée présentant un lichen plan érosif de la muqueuse buccale ayant entraîné une dégradation des collets des dents empêchant un nettoyage parfait des racines dentaires et ne tombant sous le coup d'aucune des dispositions de l'OPAS, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'une lacune authentique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 189/00 du 8 novembre 2001 consid. 2). Il en a fait de même s'agissant du diabète, malgré la possible influence négative de cette atteinte sur l'état des gencives (ATF 124 V 346 consid. 3b/bb). Il a également nié que la non-inclusion d'une atteinte dentaire inévitable, causée par une maladie sans faute de l'assuré et présentant des symptômes identiques à ceux visés à l'art. 18 OPAS (en l'occurrence un reflux gastro-œsophagien de degré II et des dommages à l'émail dentaire) résulte d'une lacune authentique, rappelant que l'intention du législateur était de soustraire les traitements dentaires des prestations obligatoires de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_253/2011 du 3 juin 2011 consid. 2.1 et 2.2).

8. L'art. 58 al. 3 LAMal confère au Conseil fédéral la compétence de prévoir la nécessité d'obtenir l'accord du médecin-conseil avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Le Conseil fédéral a à son tour délégué cette compétence au DFI à l'art. 77 al. 4 OAMal. L'obtention de l'accord du médecin-conseil est un préalable indispensable dans les situations réglées par

ordonnance et visées à l'art. 58 al. 3 LAMal. Dans le cas contraire, le but de cette disposition ne pourrait pas être atteint ou ne l'être que difficilement. Dans l'annexe 1 à l'OPAS notamment, on retrouve la formulation « Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil ». L'accord du médecin-conseil est dans ce cas un instrument de contrôle de l'adéquation et de l'économicité du traitement. Il n'a toutefois pas d'effet constitutif pour le droit aux prestations et ne lie pas l'assureur. Une solution contraire serait inconciliable avec la fonction de conseil et de contrôle du médecin-conseil. Avec l'art. 58 al. 3 LAMal, le législateur n'entendait pas conférer au médecin-conseil des compétences outrepassant celles qui sont prévues à l'art. 57 LAMal. Si un médecin-conseil refuse son autorisation, l'assuré peut néanmoins se soumettre au traitement et faire valoir ensuite ses prétentions en justice (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 3^{ème} éd. 2016, p. 526 n. 392).

Dans le cadre de la prise en charge des coûts d'un médicament, le Tribunal fédéral a également considéré que l'autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas une condition *sine qua non* du remboursement de ce médicament, et que la position du médecin-conseil ne constitue pas une décision au sens de l'art. 5 de la loi sur la procédure administrative (PA - RS 172.021) mais a la même portée que les prises de position et les recommandations de la Commission fédérale des médicaments lorsqu'il s'agit d'une admission d'un médicament dans la liste des spécialités et la formulation de limitations éventuelles (arrêt du Tribunal fédéral K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.3.2.1). Dans un arrêt du 12 novembre 2009, le Tribunal des assurances du canton d'Obwald a retenu que ces considérations valaient également pour l'accord préalable du médecin-conseil prévu à l'art. 18 OPAS (VVG 2009/2010 n. 33 p. 165 consid. 3b). Dans la mesure où l'autorisation préalable du médecin-conseil avant la délivrance d'un médicament tend au contrôle et à l'application des principes généraux de l'indication médicale et de l'économicité du traitement (ATF 129 V 32 consid. 5.3.2), soit les mêmes buts que ceux que poursuit la procédure d'autorisation du médecin-conseil en matière de soins dentaires, il y a lieu de confirmer cette analyse.

9. En l'espèce, il convient en premier lieu de revenir sur certains éléments soulevés par l'intimée, qui semble alléguer qu'elle ne disposait pas des renseignements nécessaires pour statuer, notamment pas des informations sur la nature exacte de la maladie et de la disposition réglementaire invoquée.

Sur ce point, il faut rappeler que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Si l'intimée s'estimait insuffisamment renseignée, il lui incombait donc de solliciter des renseignements complémentaires, en rappelant au besoin à la recourante les conséquences d'un défaut de collaboration. Elle ne pouvait purement et simplement décliner la prise en charge au motif qu'elle n'avait

pu déterminer si les conditions légales au remboursement des soins étaient réalisées dans le cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, il apparaît que les éléments versés au dossier sont suffisants pour permettre de trancher sur le droit de la recourante à se faire rembourser les soins dentaires litigieux.

Quant à l'absence d'autorisation du médecin-conseil, elle ne constitue pas un motif suffisant pour refuser la prise en charge, comme cela ressort de la jurisprudence et de la doctrine citées supra.

Ceci étant précisé, force est de constater que l'affection de la recourante - soit une pathologie digestive - ne figure pas au nombre des diagnostics précis visés à l'art. 18 OPAS, ce que la recourante admet implicitement. Or, toutes les maladies du métabolisme ne donnent pas droit à une prise en charge du traitement des atteintes dentaires qu'elles sont susceptibles de causer. Seules les quatre atteintes visées à l'art. 18 al. 1 let. b OPAS ouvrent droit aux prestations. Il n'est ainsi pas suffisant qu'un rapport de causalité entre une maladie du métabolisme et la nécessité d'un traitement dentaire existe pour que les frais qui en résultent incombent à l'assurance-maladie.

La recourante se prévaut des exceptions admises par la jurisprudence en matière de remboursement de médicaments hors de la liste des spécialités ou prescrits *off label*, qui l'admet lorsqu'une maladie entraînant une menace pour la vie du patient ou une atteinte à sa santé grave et chronique ne pourrait pas être traitée autrement de manière efficace, par manque d'alternatives thérapeutiques. Le médicament ne pourra toutefois être administré à charge de l'assurance obligatoire des soins que s'il existe des raisons sérieuses pour admettre que le produit en question présente une utilité thérapeutique importante, curative ou palliative (ATF 139 V 375 consid. 4.4). Cette jurisprudence ne trouve cependant pas application ici, dès lors qu'il ne s'agit en l'espèce pas de médicaments et que les soins dentaires ne peuvent être considérés comme un traitement indispensable d'une maladie présentant un risque vital.

La recourante allègue en outre que le fait que son atteinte ne figure pas dans la liste résulte d'une lacune authentique. Cet argument tombe cependant à faux. D'une part, on rappellera que le Tribunal fédéral a considéré que tel n'était pas le cas pour le diabète, malgré les éventuelles répercussions de cette atteinte sur les gencives. Ainsi, le seul fait qu'une pathologie ne soit pas incluse dans l'énumération de l'art. 18 OPAS malgré sa possible incidence sur l'état de santé bucco-dentaire d'un assuré ne signifie pas pour autant qu'il s'agit d'un oubli. D'autre part, le DFI a désigné les affections donnant droit au remboursement des soins dentaires de manière extrêmement précise - et exhaustive - à l'art. 18 OPAS. S'il avait voulu mettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins tous les traitements dentaires rendus nécessaires par toutes les maladies du métabolisme ayant des répercussions sur le système masticatoire, il aurait libellé l'art. 18 OPAS différemment, en décrivant les maladies et leurs effets de manière plus générale, comme il l'a fait pour certaines atteintes figurant à l'art. 17 OPAS et à l'art. 18 al. 1 let. d OPAS.

Au vu de ces éléments, on ne peut admettre de lacune authentique de l'art. 18 al. 1 let. b OPAS.

Partant, la décision de l'intimée est fondée en tant qu'elle refuse la prise en charge des soins dentaires nécessaires.

Le recours sera rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À 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 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

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