

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2751/2007

ATAS/1487/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 17 décembre 2008

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1969, est au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis mai 2001, en raison d'une atteinte invalidante présente depuis novembre 1993.
2. L'intéressé était assuré en 2006 auprès de la Mutuel assurances (ci-après: l'assureur, puis l'intimée), membre du Groupe Mutuel, pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et accident.
3. Le 18 octobre 2006, l'épouse de l'assuré s'adresse en ces termes à l'assureur:

"Suite à la maladie chronique, l'absorption quotidienne d'une série de psychotropes puissants nécessaires à son traitement, provoque la raréfaction de la salive et l'augmentation de son acidité. La conséquence était la perte progressive de plusieurs dents, ce qui empêche mon mari de mastiquer et parler correctement.

Notre médecin dentiste habituel depuis 1999 (...) a transféré le dossier à un de ses confrères, spécialiste en implantologie.

La première consultation a eu lieu le 09.10.06. En date du 17.10.06 les empreintes ont été prises et le scanner est prévu pour le 27.10.06. L'intervention chirurgicale aura lieu le 20.11.06. Après une période de cicatrisation le traitement prothétique suivra.

En annexe vous trouverez le plan de traitement et ses devis ainsi que les copies des factures déjà réglées concernant les frais y relatifs.

Je vous prie de bien vouloir me faire parvenir la décision quant à votre participation aux frais de traitement mentionnés ci-dessus."

4. A cette missive est notamment annexée une fiche d'information pour le traitement implantaire du Dr L_____, chirurgien-dentiste à Annemasse en France, ainsi qu'un accusé de réception des sommes de 60 euros pour une consultation en implantologie et de 2'850 euros pour la pose de trois implants, versées par l'assuré à ce dentiste. L'assuré y joint également le devis du 9 octobre 2006 du Dr L_____ pour une chirurgie implantaire et un traitement prothétique. Ces traitements sont devisés à respectivement 2'850 et 4'570 euros.
5. Par courrier du 3 novembre 2006, avec copie à l'assuré, l'assureur demande au Dr L_____ de lui transmettre les radiographies effectuées, ainsi que de lui indiquer quel traitement de prophylaxie et de prévention a été entrepris. L'assureur l'invite également à lui faire connaître les médicaments prescrits suite à la maladie de son patient, ainsi que leur dosage et le début du traitement médicamenteux.

6. Le 5 décembre 2006, l'épouse de l'assuré transmet à l'assureur notamment les documents suivants:

- une attestation du 30 mars 2003 du Dr M_____, neurologue, aux termes de laquelle il suit l'assuré depuis 1996 pour un problème de crises convulsives généralisées; par rapport au problème dentaire actuel (prothèses partielles amovibles versus implants), la solution "implants" est souhaitable, selon ce médecin, à cause du risque d'étouffement par une prothèse mobile lors d'une crise;
- une attestation du 8 novembre 2004 de la Dresse N_____, spécialiste en médecine interne chez SOS Médecins, par laquelle celle-ci certifie avoir vu l'assuré en urgence en phase postcritique d'une crise type T_____ mal, pendant laquelle son appareil dentaire s'était détaché et bloqué au fond de la gorge, le blessant et empêchant gravement la respiration pendant la crise;
- un certificat médical du 30 novembre 2004 du Dr M_____ attestant que l'assuré a failli être étouffé par sa prothèse partielle amovible lors de sa dernière crise; ce médecin estime nécessaire, d'un point de vue neurologique, de mettre en place une prothèse fixe;
- une attestation du Dr M_____ du 3 février 2005 confirmant le risque d'étouffement lors de crises et la nécessité de poser une prothèse fixe ou un implant;
- un certificat du 23 novembre 2006 du Dr O_____, psychiatre, attestant que son patient souffre depuis 1993 d'un trouble bipolaire et d'épilepsie; ce médecin déclare en outre que son patient a reçu constamment des médicaments psychotropes et antiépileptiques avec effets secondaires au niveau salivaire; il indique également les noms et dosages de ces médicaments;
- une attestation du Dr M_____ du 28 novembre 2006, par laquelle il déclare que les deux groupes de médicaments, soit les antiépileptiques et neuroleptiques, que son patient est astreint de prendre sont connus pour entraîner souvent des problèmes dentaires de type parodontose et caries;
- une attestation du 1^{er} décembre 2006 de la Dresse P_____, chirurgienne-dentiste, certifiant que le patient suit un traitement médicamenteux qui a aggravé ses précédents problèmes de gencive, lesquels ont obligé ce médecin à faire des extractions; en raison de son épilepsie; le port d'une prothèse mobile est à proscrire et le seul mode de reconstitution de son articulé dentaire est de lui faire une prothèse sur implants.

7. Le 21 décembre 2006, le Dr Q _____, médecin dentiste-conseil du Groupe mutuel, prend position concernant la prise en charge du traitement en cause. Il propose le refus, dans la mesure où ce traitement n'entre pas dans les prestations prévues par l'ordonnance applicable.
8. Par courrier du 28 décembre 2006, l'assureur refuse à l'assuré la prise en charge des soins dentaires devisés par le dentiste français, ce que l'assuré conteste par lettre du 4 janvier 2007.
9. Le 26 janvier 2007, l'assureur rend une décision de refus formel au motif que seuls les soins dentaires occasionnés par les maladies mentionnées dans les textes légaux peuvent être pris en charge par l'assureur-maladie. De surcroît, selon la loi, l'assurance obligatoire des soins ne rembourse que le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence, l'assuré s'étant rendu à l'étranger dans le but d'y suivre le traitement.
10. Le 30 janvier 2007, l'assuré forme opposition à cette décision. Il fait notamment valoir que les conditions particulières de l'assurance obligatoire des soins de l'assureur prévoient que la caisse prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles, ce qui était son cas, comme le démontrait la décision d'octroi d'une rente d'invalidité. Il invite par ailleurs l'assureur à prendre en considération que le canton de Genève est une zone frontalière et que son dentiste ne se trouvait qu'à quelques kilomètres de son domicile. De surcroît, il fait valoir que les coûts d'intervention en France sont entre 30 à 40 % inférieurs à ceux en Suisse.
11. Par décision sur opposition du 15 juin 2007, l'assureur confirme la décision sur opposition en reprenant son argumentation précédente.
12. Le 26 juin 2007, le Dr L _____ accuse réception de la somme de 4'570 euros pour le traitement prothétique devisé.
13. Le 11 juillet 2007, l'assuré et son épouse recourent contre la décision sur opposition précitée, en concluant implicitement à son annulation et au remboursement du traitement dentaire en cause. Outre les arguments invoqués précédemment, ils se prévalent d'une nouvelle disposition réglementaire concernant les projets pilote pour la prise en charge de prestations à l'étranger. Ils produisent par ailleurs avec leur recours copie de l'accusé de réception précité, copie d'une facture du 28 octobre 2006 d'un montant de 76,23 euros concernant un examen effectué au Centre de radiologie de Gaillard en France et copie d'une facture du 27 octobre 2006 d'un montant de 109,09 euros pour un scanner.
14. Dans sa détermination du 5 septembre 2007, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle répète que le traitement n'a pas été effectué en urgence à l'étranger. Par ailleurs, elle ne serait pas non plus disposée à rembourser ce traitement, s'il

remplissait les conditions légales concernant l'efficacité, l'adéquation et l'économicité, même si cela correspond à la pratique de certaines caisses-maladie suisses. Elle relève qu'un seul projet pilote est en vigueur dans le canton de Bâle et la région frontalière de Lörrach en Allemagne pour la prise en charge de certaines interventions dans ce pays. Aucun projet pilote n'est prévu entre Genève et la France voisine. De surcroît, les conditions légales pour la prise en charge d'un traitement en Suisse ne sont pas remplies. L'intimée estime en effet que ni l'épilepsie dont souffre le recourant, ni les troubles psychotiques, ni même la posologie des médicaments prescrits ne tombent sous le coup des dispositions légales applicables. Quant à ses conditions particulières d'assurance, l'intimée relève, d'une part, que celles-ci ont changé et, d'autre part, que les prestations sont définies par la loi et non pas par ces conditions.

15. Par réplique du 29 septembre 2007, le recourant persiste dans ses conclusions. Il souligne que ce sont les médicaments nécessaires au traitement de ses maladies psychiques qui ont engendré des effets irréversibles sur l'émail dentaire et provoqué des caries. Par ailleurs, il conviendrait de considérer que son traitement médicamenteux constitue la suite d'une maladie grave, de sorte que la prise en charge du traitement dentaire est justifiée.
16. Par duplique du 26 octobre 2007, l'intimée maintient ses conclusions précédentes. Elle conteste que la quantité de médicaments ingérés par le recourant est suffisante pour avoir une influence néfaste sur la dentition. Pour le surplus, elle reprend ses arguments précédents.
17. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 16 janvier 2008, le recourant déclare avoir fait sa première crise d'épilepsie en 1990. On ignore s'il s'agit d'une maladie congénitale. Depuis 1993, il prend également des médicaments pour le traitement d'un trouble bipolaire. Les médicaments ont détérioré ses dents progressivement dès 1994. Un appareil dentaire a été posé en 2001, selon les souvenirs de l'épouse du recourant entendue à titre de renseignements. Le recourant indique en outre qu'il n'avait presque plus de dents en 2006 et qu'il ne lui restait alors plus que les incisives. Son épouse a en outre précisé ce qui suit :

"Le Dr L _____ est un T _____ spécialiste pour les implants dentaires. Il est très difficile d'obtenir un rendez-vous et son agenda est rempli sur plusieurs années. Dès lors, lorsque j'ai écrit le 18 novembre 2006 (recte 18 octobre 2006) à la caisse maladie afin qu'elle prenne en charge le traitement qui devra avoir lieu le 20 novembre 2006, nous ne pouvions plus attendre sa réponse. Par ailleurs, j'ai été convaincue qu'elle rembourserait ce traitement.

Si nous avons attendu si longtemps pour faire des implants, alors même que mon mari avait failli s'étouffer avec l'appareil dentaire en novembre

2004 déjà, cela tient au fait que nous n'avions pas l'argent pour payer le traitement nécessaire et que nous avons dû économiser.

C'est seulement bien après 2004 que j'ai appris que l'assurance-maladie doit prendre en charge les traitements dentaires rendus nécessaires par certains médicaments. Cela explique que je me suis adressée seulement tardivement à la caisse-maladie."

Quant à l'intimée, elle explique à cette audience qu'elle n'a pas informé le recourant immédiatement que les traitements volontaires à l'étranger n'étaient pas pris en charge, en raison du fait que les dossiers n'arrivent qu'en fin de parcours au service juridique et que le gestionnaire du dossier ne s'était probablement pas rendu compte de ce problème.

18. Par courrier du 5 février 2008, le recourant explique qu'il est depuis 1994 sous antidépresseurs et que les médicaments de ce type provoquent une sécheresse buccale qui se traduit par un épaissement de la salive et l'augmentation de son acidité, ce qui ne protège plus l'émail, mais l'attaque. Il renvoie par ailleurs à la notice d'emballage du médicament Triptizol pour ses effets secondaires. Depuis 1994, il est également sous Depakine pour le traitement de l'épilepsie et de la maladie bipolaire. La notice d'emballage explique que c'est un médicament qui provoque des mouvements incontrôlés, lesquels se sont traduits chez lui par un frottement involontaire des mâchoires durant la nuit. Il précise en outre qu'il prenait la dose maximale prescrite. En même temps, il ne peut pas porter une gouttière en gomme pour empêcher ce frottement, dans la mesure où un tel appareil risquerait de l'étouffer en cas de crise d'épilepsie. Enfin, il prend également le neuroleptique Zyprexa qui a pour effet de potentialiser la sécheresse buccale provoquée par les antidépresseurs.

19. Avec ce courrier, le recourant produit en outre les pièces suivantes :

- Une attestation médicale du 22 janvier 2008 du Dr R_____, neurologue, selon laquelle le recourant souffre d'une maladie bipolaire et d'une épilepsie de type T_____ mal et bénéficie depuis de nombreuses années d'un traitement avec neuroleptiques et anticomitiaux. Ces maladies ont engendré un bruxisme, ainsi que des lésions dentaires, lesquelles sont la conséquence de ces maladies. Les médicaments ont également contribué à ces lésions. Un essai par une prothèse n'a pas permis d'améliorer la situation, mais l'a aggravée.
- Une attestation du 1^{er} février 2008 du Dr O_____ certifiant que le patient souffre d'une maladie psychiatrique chronique depuis 1994, l'obligeant de consommer continuellement des médicaments psychotropes (antidépresseurs, antiépileptiques et parfois neuroleptiques). Ces produits provoquent une diminution importante de

la salivation, ce qui entraîne un endommagement de la santé au niveau dentaire.

- L'information destinée au patient concernant le médicament Triptizol, sur laquelle est notamment indiqué, concernant les effets indésirables, ce qui suit :

"Les effets secondaires relatés consistent en troubles gastro-intestinaux, variation de la tension artérielle et palpitations, sécheresse de la bouche, trouble de la vision et du système nerveux (...)"

- Une information destinée au patient concernant le médicament Depakine, laquelle mentionne notamment une incoordination des mouvements volontaires à titre d'effet secondaire.
- Une information de PROPHARMA concernant le médicament Zyprexa , selon laquelle, lors de l'administration concomitante d'olanzapine (substance active du médicament) et de valproate (substance active du médicament Depakine Chrono), on a souvent (dans plus de 10 % des cas) observé des tremblements et une sécheresse de la bouche.

20. Dans sa détermination du 31 mars 2008, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle maintient que le seul fait que le traitement a été entrepris volontairement à l'étranger constitue un motif de refus de prise en charge. Néanmoins, elle a soumis le dossier à son médecin conseil, le Dr S_____. L'intimée rapporte que, selon celui-ci, certains antidépresseurs peuvent provoquer une sécheresse buccale, mais pas d'altération directe des dents. Le Dr S_____ a consulté le Compendium, lequel confirme que les médicaments Depakine et Zyprexa ne sont pas répertoriés pour provoquer des effets secondaires au niveau de la bouche et des dents. Pour le Triptizol, il est indiqué que ce médicament peut entraîner occasionnellement une sécheresse buccale et, dans des cas très rares, une tuméfaction des parotides et des caries dentaires. De l'avis du médecin-conseil, seule une consommation abusive de ces médicaments pourrait entraîner de forts dégâts, tels que ceux présentés par le recourant. L'intimée a également transmis le dossier au Dr T_____, dentiste et médecin-conseil, et affirme que, de l'avis de ce médecin, les médicaments en cause n'ont pas entraîné les problèmes dentaires du recourant.

21. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 18 juin 2008, le recourant déclare qu'il ne sait pas ce qu'il aurait fait, si l'intimé lui avait communiqué immédiatement, avant l'intervention en novembre 2006, qu'un traitement effectué volontairement à l'étranger ne pouvait être pris en charge. Son épouse le confirme, tout en précisant avoir interprété comme une sorte de confirmation de prise en charge possible du traitement le fait que la caisse a écrit,

avant l'intervention, au dentiste français pour lui demander quelques renseignements complémentaires.

22. Le 19 juin 2008, le recourant transmet au Tribunal de céans un rapport du Pr U_____ de la Faculté de médecine de l'Université de Poitiers au sujet de la sécheresse buccale et de ses conséquences, ainsi que l'extrait du Compendium suisse concernant les médicaments Deanxit, Triptizol, Seropram, Tegretol, Zyprexa et Risperdal qui lui ont été prescrits régulièrement depuis 1996.
23. Dans l'étude précitée du Pr U_____ de l'année universitaire 2002-2003 concernant les neuroleptiques de manière générale, il est notamment indiqué, sous ch. 23 et "*Accidents digestifs*" que "*Des sécheresses buccales (hyposialie) auront des conséquences parotidiennes et dentaires (caries) (molécules sédatives avec composante atropinique forte)*".
24. Selon l'information professionnelle du Compendium suisse des médicaments relatifs au médicament Deanxit, une sécheresse buccale (5,4 %) est fréquente pour ce médicament. Tel est également le cas pour le Seropram, le Tegretol et le Zyprexa, selon les informations dudit Compendium. Pour le Risperdal, un tel effet secondaire est très fréquent et pour le Triptizol occasionnel.
25. Le 23 septembre 2008, la Dresse V_____ répond aux questions posées par le Tribunal de céans le 20 août 2008. Elle indique que le recourant était sous traitement neuroleptique stabilisateur et antidépresseur depuis 1996 et avait de ce fait un gros problème de gingivite inflammatoire qu'elle a constaté dès son premier rendez-vous en 1999. Il venait ensuite à son cabinet pour contrôle tous les six mois et suivait un traitement avec bain de bouche et brossage trois fois par jour, selon sa prescription et l'avis de son épouse, qui avait travaillé dans un cabinet d'orthodontie. L'hygiène buccale du recourant était suffisante et correcte, mais son efficacité était diminuée par les effets secondaires des neuroleptiques, qui entraînent une sécheresse buccale (valporoate Depakine chrono acide) et fragilisent les dents. Les contrôles étaient très fréquents. Il n'y avait par ailleurs aucune alternative aux implants. Le patient avait reçu, en 2003, 6'800 fr. pour un traitement avec prothèse amovible de l'Action sociale de la Clinique dentaire de Genève. Cette prothèse a toutefois failli lui coûter la vie lors d'une convulsion. Ainsi, la pose d'implants est la seule solution dans le cas du recourant.
26. Dans leurs écritures des 17 et 24 octobre 2008, les parties persistent dans leurs conclusions.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge le traitement dentaire pratiqué à l'étranger par le Dr L_____.
4. L'intimé se prévaut en premier lieu du fait qu'il s'agit d'un traitement médical entrepris volontairement à l'étranger pour refuser sa prise en charge.

a) Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b).

Selon l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal, les traitements prodigués à l'assuré ne sont pris en charge par l'assurance qu'en cas d'urgence, à savoir lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir (cf. ATFA non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1). Même dans les cas où un retour en Suisse est inapproprié - ce qui correspond à un cas d'urgence selon l'art. 36 al. 2 OAMal - la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b).

b) En l'espèce, il n'est pas contesté que le cas d'urgence n'est pas réalisé ni que le traitement implantaire aurait pu être prodigué également en Suisse. Partant, les conditions légales pour la prise en charge de ce traitement entrepris à l'étranger ne sont en principe pas remplies.

5. Se pose cependant la question de savoir si l'obligation de rembourser ce traitement découle d'une violation du devoir de renseignement et de conseil, du fait que l'intimée n'a pas informé immédiatement le recourant, dès réception du courrier de son épouse du 18 octobre 2006, qu'un traitement volontaire à l'étranger ne pouvait être remboursé.

En effet, selon l'art. 27 LPGA, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

L'art. 27 LPGA correspond à l'art. 35 du projet de LPGA. Ainsi que cela ressort du rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999 (FF 1999 V 4229), l'al. 1 pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées. Cette obligation de renseigner sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. La formulation « personnes intéressées » ne veut pas dire que ceux qui désirent obtenir des renseignements doivent d'abord faire preuve de leur intérêt. L'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Tout assuré a droit à des conseils relatifs à ses droits et à ses obligations, gratuitement de la part de son assureur. Cette obligation de conseil ne s'étend qu'au domaine de compétences de l'assureur interpellé et elle constitue une forme de codification de la pratique précédente. Les renseignements peuvent également être communiqués par des non-juristes. Au contraire de l'obligation générale de renseigner, les conseils doivent porter sur un cas précis. Selon l'al. 3, l'assureur n'est pas obligé d'entreprendre des recherches afin de déterminer si l'assuré ou ses proches peuvent prétendre à des prestations d'autres assurances sociales.

De l'avis de plusieurs auteurs, le but du conseil visé à l'art. 27 al. 2 LPGA est de permettre à la personne intéressée d'adopter un comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (Jacques-André SCHNEIDER, Informations et conseils à l'assuré dans les assurances sociales: le tournant de la LPGA in Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, organe pour les publications officielles de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP, Ed. Stämpfli Verlag AG, Berne 2007, p. 80.)

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a largement repris les travaux législatifs et doctrinaux relatifs à l'art. 27 LPGA, mais n'en a pas déterminé l'étendue. Il a cependant estimé que dans le cadre du devoir de conseils (art. 27 al. 2 LPGA), l'assureur devait rendre la personne assurée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472) et qu'il n'existait pas de motif évident d'abandonner l'assimilation de la violation d'un devoir légal de renseigner à une déclaration erronée après la codification d'une telle obligation dans la LPGA (ATF 131 V 472 consid. 4 et 5).

Il a précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

6. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
7. En l'espèce, l'intimée a demandé, après réception du courrier du 18 octobre 2008 de l'épouse du recourant, des renseignements au Dr L_____ concernant le traitement de prophylaxie et de prévention entrepris. Par cette demande de renseignements, elle a donné l'impression au recourant que l'intervention dentaire, quoique effectuée à l'étranger, pourrait éventuellement être prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, en omettant de rendre son assuré immédiatement attentif au fait que son comportement, à savoir entreprendre un traitement à l'étranger, pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations, elle a failli à ses obligations.
8. Reste à déterminer la sanction juridique de cette omission.

La violation des devoirs mentionnés à l'art. 27 LPGA entraîne les mêmes conséquences que celles induites par la violation du principe de la bonne foi. Encore faut-il que toutes les conditions en soient remplies. En particulier, on déterminera si l'absence de renseignement ou de conseil a bel et bien conduit l'administré à un comportement préjudiciable. La protection de la bonne foi de l'administré n'a en effet pas lieu d'être protégée s'il n'y a pas de lien de causalité

entre le renseignement erroné donné ou le défaut de renseignement et les dispositions prises par l'intéressé. Si ce lien de causalité est établi, l'intéressé mal renseigné doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été s'il avait été mis en situation de réagir par rapport à des renseignements corrects et complets. On doit alors en principe supposer qu'il aurait adopté un comportement raisonnable. En revanche, si les circonstances tendent à démontrer que tel n'aurait pas été le cas, l'intéressé ne pourra pas se prévaloir d'une violation de l'art. 27 LPGA (SCHNEIDER, op. cit. p. 57)

9. En l'occurrence, le recourant a déclaré en audience de comparution personnelle qu'il ne savait pas comment il aurait réagi, si l'intimée lui avait dit d'emblée qu'un traitement volontaire à l'étranger ne pouvait être pris en charge. Son épouse a indiqué que le courrier du 3 novembre 2006 de l'intimée au Dr L_____ leur avait fait croire que la prise en charge du traitement n'était pas exclue.

Au vu de la situation financière du recourant et de son épouse, qui les a obligés à attendre plusieurs années avant d'entreprendre le traitement en cause, il sied cependant d'admettre qu'un comportement raisonnable aurait été d'annuler l'opération prévue et de s'adresser à un dentiste à Genève, afin de pouvoir être éventuellement remboursé des frais conséquents y relatifs. Certes, il était très difficile d'obtenir un rendez-vous chez le Dr L_____ pour l'intervention en cause, et les délais d'attente étaient longs, raison pour laquelle le recourant n'avait pas attendu la réponse de l'intimée concernant la prise en charge du traitement. Toutefois, il avait déjà repoussé l'intervention pendant plusieurs années, de sorte que quelques mois de plus ne faisaient guère la différence. Par ailleurs, à réception de la copie du courrier du 3 novembre 2006 de l'intimée au Dr L_____, le recourant aurait été encore dans les délais pour annuler le rendez-vous pris pour ledit traitement. Ainsi, le Tribunal de céans estime qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'intimée a amené le recourant à un acte préjudiciable à ses intérêts, par l'omission de le renseigner de façon complète.

10. Au vu de ce qui précède, le recourant doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été, s'il avait pu réagir par rapport aux renseignements corrects et complets, à savoir s'il s'était adressé à un dentiste suisse en vue de la réalisation des implants dentaires. Il y a par conséquent lieu d'examiner si les conditions légales de la LAMal pour un traitement dentaire réalisé en Suisse étaient réalisées.
11. Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires :
- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
 - b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
 - c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d 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 du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 3 al. 1 LAMal. Ces dispositions concrétisent ainsi les cas dans lesquels les traitements appliqués relèvent des prestations obligatoires.

L'art. 17 OPAS énumère la liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication ouvrant droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins figurent les maladies dentaires telles que granulome dentaire ou dislocations dentaires, les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies), les maladies de l'os maxillaire et des tissus mous, les maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion, les maladies du sinus maxillaire et les dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladies (syndrome de l'apnée du sommeil, troubles graves de la déglutition ou asymétries graves cranio-faciales; cf. art. 17 OPAS).

Selon la jurisprudence, est "évitable" toute maladie du système de la mastication, notamment la carie et la parodontite, qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire (ATF 125 V 19 consid. 3a; RAMA 2002 p. 109 consid. 3b; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1).

L'art. 18 OPAS prescrit que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par d'autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leurs traitements (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. Sont considérées notamment comme une telle maladie les maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de la mastication (al. 1 let. c ch. 7). Cependant, aux termes de l'art. 18 al. 2 OPAS, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2002, les prestations mentionnées à l'al. 1 de cette disposition ne sont remboursés que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.

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. Conformément à l'al. 2 ch. 36 de cette dispositions constitue une telle infirmité une épilepsie congénitale.

Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance-maladie selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 127 V 332 consid. a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4).

12. a) En l'occurrence, il sied en premier lieu de constater qu'aucune des maladies citées à l'art. 17 OPAS n'est présente. Les conditions légales de l'art. 19 OPAS ne sont pas non plus réalisées.

b) Par ailleurs, il ne peut non plus être admis, avec un degré de haute vraisemblance, que le recourant souffre d'une épilepsie congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 36 OPAS. En effet, comme il l'a déclaré lors de l'audience de comparution personnelle, on ignore si son épilepsie constitue une maladie congénitale. S'agissant d'une maladie qui s'est déclarée après la majorité du recourant, cela paraît en outre peu probable.

13. Se pose dès lors la question de savoir si l'intimée aurait dû prendre en charge un traitement effectué en Suisse, en application de l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS.

a) Le recourant fait à cet égard valoir que le traitement dentaire a été rendu nécessaire en raison du traitement médicamenteux de ses atteintes psychiques graves.

Selon la jurisprudence, cela peut justifier la prise en charge d'un traitement dentaire (RAMA 2002, p. 111, consid. 5 b).

En l'espèce, il est incontestable que le recourant souffre de plusieurs maladies psychiques graves, pour lesquelles il doit prendre de nombreux médicaments psychotropes. Il y a également une atteinte grave de la fonction de la mastication, dès lors qu'il a perdu de nombreuses dents.

Quant au lien de causalité entre la prise des médicaments et les lésions dentaires, il résulte des attestations du Dr O _____ du 23 novembre 2006 et du 1^{er} février 2008 que les médicaments psychotropes et antiépileptiques, que le recourant doit prendre, ont des effets secondaires au niveau salivaire, ce qui peut entraîner un endommagement au niveau dentaire. Cela est aussi confirmé par le Dr M _____, dans son attestation du 28 novembre 2006. Le Dr R _____ a en outre certifié le 22 janvier 2008 que les maladies du recourant ont engendré un bruxisme et des lésions dentaires. Quant aux médicaments psychiatriques et anticomitiaux, ils y ont également contribué. Ce dernier médecin a précisé qu'un essai par une prothèse n'avait pas permis d'améliorer la situation, mais l'avait au contraire aggravée. Des informations relatives aux médicaments prescrits au recourant, il ressort aussi que ceux-ci peuvent engendrer une sécheresse buccale.

Cependant, les médecins-conseil de l'intimée le contestent. Celle-ci n'a cependant pas produit leurs rapports. De surcroît, les avis de ces médecins, rapportés dans le

courrier du 31 mars 2008 de l'intimée, ne sont guère étayés. Au contraire, les informations professionnelles du Compendium suisse mentionnent, pour les médicaments prescrits au recourant, une sécheresse buccale à titre d'effet secondaire à des degrés divers, d'occasionnel à très fréquent.

Cela étant et compte tenu de ce que le recourant a consommé pendant des années non seulement un des médicaments psychotropes pouvant provoquer un tel effet, mais une combinaison de ceux-ci, et des avis unanimes des ses nombreux médecins traitants, le Tribunal de céans admettra qu'in casu les lésions dentaires sont selon toute vraisemblance consécutives à cette médication.

Il convient à cet égard de relever que le Tribunal fédéral des assurances a également jugé, concernant une personne atteinte d'une grave dépression et traitée par médicaments, que ceux-ci étaient la cause de lésions dentaires, de sorte que le traitement devait être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (RAMA 2002, p. 111 consid. 5c).

b) Il sied en outre d'examiner si le traitement dentaire aurait pu être évité par une bonne hygiène buccale et dentaire.

Selon la Dresse V_____, le patient venait aux contrôles dentaires tous les six mois, suivait un traitement avec bain de bouche et brossage trois fois par jour, selon sa prescription et l'avis de son épouse, qui avait travaillé dans un cabinet d'orthodontie. Selon son médecin, son hygiène buccale était suffisante et correcte.

Compte tenu de ces déclarations, le Tribunal de céans estime, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a fait tout ce qui était en son pouvoir pour éviter une dégradation de ses dents et que ses efforts sont allés au-delà de ce qu'on peut normalement attendre à titre de prophylaxie de lésions dentaires, comme cela est exigé de la part de malades sujets de façon accrue à des affections dentaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié du 26 avril 2002, cause K 181/00, consid. 5c)aa). Ainsi, les lésions dentaires qui ont entraîné une atteinte de la fonction de mastication n'étaient pas évitables.

c) Il doit enfin être considéré que le traitement en cause était efficace, adéquat et économique, au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal. En effet, en raison des crises d'épilepsie du recourant, il s'est avéré que la pose d'une prothèse était contre-indiquée et dangereuse, le recourant ayant failli s'étouffer avec une prothèse lors d'une crise convulsive. Par ailleurs, comme notre Haute Cour l'a constaté, sur la base d'un rapport d'un dentiste traitant, en cas de sécheresse buccale, le maintien d'une prothèse totale est fortement diminué, en l'absence du film de salive entre la prothèse et les mâchoires (RAMA 2002, p. 112, consid. 6). Seule l'une des variantes du traitement étant efficace et adéquate, il n'y a pas lieu d'examiner plus loin l'économicité du traitement.

14. Il résulte de ce qui précède que l'intimée aurait été en l'occurrence tenue de prendre en charge les implants dentaires du recourant, s'il les avait effectués en Suisse. Dans la mesure où l'intimée a omis d'attirer son attention sur le fait qu'un tel traitement ne pouvait pas être remboursé, s'il avait lieu à l'étranger, et où le recourant l'aurait dans ces conditions, selon toute vraisemblance, entrepris en Suisse, il convient d'admettre que l'intimée doit prendre en charge les honoraires du Dr L. _____ relatif aux implants dentaires, ainsi que le coût des examens médicaux y relatifs, dans le cadre des conditions prévues par la LAMal.
15. Cela étant, le recours sera admis.
16. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 15 juin 2007.
4. Condamne l'intimée à prendre en charge le traitement implantaire effectué par le Dr L_____ ainsi que le coût des examens médicaux y relatifs, aux conditions prévues par la LAMal.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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