

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/110/2014

ATAS/681/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 septembre 2015**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Hoirie de feu Madame A\_\_\_\_\_, soit

recourants

Monsieur B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, domicilié à PUBLIER, FRANCE

Madame C\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, domiciliée à BERNEX

Madame D\_\_\_\_\_, p.a. Monsieur B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, domicilié à PUBLIER, FRANCE

contre

INTRAS ASSURANCE MALADIE SA, sis Droit & Compliance,  
Tribtschenstrasse 21, LUZERN

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1946, domiciliée à Publier (France) a vécu en Suisse de 1965 à 2001 où son dernier domicile connu se situait à l'avenue de E\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ à Vernier. Elle était assurée auprès d'Intras assurance-maladie SA (ci-après: l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. L'assurée a été traitée en 2008 pour un cancer du sein, associé à des métastases pulmonaires et osseuses sur la colonne vertébrale. Dans ce contexte, elle a reçu un traitement au long cours depuis mai 2008 à base notamment de Zometa® et de Tamoxifen®, médication qui a été remplacée au mois d'avril 2013 par un traitement à base de Taxol®, Xegeva® et Avastin®.
3. Au mois d'août 2010, l'assurée a consulté le professeur F\_\_\_\_\_, spécialiste en stomatologie et chirurgie orale, pour des mobilités dentaires et des douleurs. Sous antibiothérapie, les dents douloureuses ont été extraites en priorité (46 à 48 le 16 août 2010, 35 à 37 le 7 septembre 2010 et 15 et 16 le 1<sup>er</sup> novembre 2010).
4. Le 31 octobre 2010, le Prof. F\_\_\_\_\_ a adressé à l'assurée sa note d'honoraire d'un montant de CHF 886.60.-, relative aux extractions des dents 35 à 37 et 46 à 48. L'assurée a transmis la facture à l'assureur qui en a refusé la prise en charge par décompte de prestations du 18 février 2011. Le décompte n'a pas été contesté.
5. Dans un rapport du 8 novembre 2010 à l'assureur, le Prof. F\_\_\_\_\_ a indiqué que la cicatrisation muqueuse s'était effectuée normalement suite aux extractions et qu'il n'y avait, pour le moment, pas de complications liées aux bisphosphonates à déplorer. Il a en outre expliqué qu'il était prévu, dans un deuxième temps, d'extraire les quatre incisives supérieures, qui étaient mobiles, et de réaliser une prothèse provisoire avant de réaliser une réhabilitation prothétique pour remplacer les dents extraites. Cette demande préalable de prise en charge s'élevait à CHF 6'532.25, selon le devis établi par le Centre médico-dentaire de Balexert le 2 novembre 2010.
6. Le 2 décembre 2010, l'assureur a refusé la prise charge du traitement selon le devis, après avoir soumis le dossier à son médecin-dentiste-conseil, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive, lequel a relevé la présence de dépôts de tartre importants.
7. Par courrier du 15 décembre 2010, le Prof. F\_\_\_\_\_ a contesté ce refus et relevé que lors d'un traitement aux bisphosphonates, il fallait mettre en état la cavité buccale pour éviter les ostéonécroses.
8. L'assureur a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale, lequel a confirmé le refus de prise en charge, par avis du 10 janvier 2011. Les bisphosphonates pouvaient provoquer des ostéonécroses, mais tel n'était pas le cas de l'assurée selon les informations fournies par le Prof. F\_\_\_\_\_ et l'orthopantomographie du 4 août 2010.

9. Par décision du 9 juin 2011, l'assureur a refusé la prise en charge du traitement dentaire litigieux, motifs pris que les bisphosphonates n'avaient entraîné aucune des complications à craindre, telle une ostéonécrose qui aurait pu justifier l'extraction de la dentition et le rétablissement de la fonction masticatoire par une prothèse, de sorte que la relation causale faisait défaut. D'autre part, le traitement aux bisphosphonates n'entrait pas dans la liste exhaustive des traitements pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
10. Par courrier du 5 juillet 2011, l'assurée s'est opposée à la décision en se référant à un rapport du Prof. F\_\_\_\_\_ du même jour, aux termes duquel il expliquait que l'ostéonécrose n'était visible que tardivement sur l'orthopantomographie et que dernièrement, l'assurée avait développé deux zones d'exposition osseuse qui correspondaient à une ostéonécrose due aux bisphosphonates. Le remboursement de la facture du 31 octobre 2010 d'un montant de CHF 883.60 avait, en outre, bel et bien été demandé.
11. Par avis du 25 octobre 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ a maintenu le refus de prise en charge. Les problèmes parodontaux n'étaient pas dus aux bisphosphonates et l'assurée n'avait présenté aucune ostéonécrose maxillaire avant, pendant et après les extractions.
12. Le 27 octobre 2011, l'assureur a rejeté l'opposition.
13. Par arrêt du 20 juin 2012 (ATAS/813/2012), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée. Le 20 juillet 2012, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral.
14. Par arrêt du 27 février 2013 (9C\_580/2012), le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assurée et renvoyé la cause à l'assureur pour qu'il réexamine, sur la base d'une anamnèse médicale complète tenant compte notamment des dossiers odontostomatologique et oncologique de l'assurée, la prise en charge du traitement litigieux par l'assurance obligatoire des soins au titre de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS (soins dentaires occasionnés par les maladies de l'appareil de soutien de la dent [parodontopathies] consécutives aux effets secondaires irréversibles de médicaments). Il n'était pas contesté que l'application des articles 18 OPAS ou 19 let. c OPAS n'entrait pas en ligne de compte. La demande de prise en charge portait sur l'extraction des quatre incisives supérieures mobiles de l'assurée ainsi que sur la réalisation d'une prothèse provisoire avant une réhabilitation prothétique. Elle ne concernait pas le traitement des expositions osseuses punctiformes sur la crête mandibulaire dans la région molaire gauche (ostéonécroses) survenues postérieurement à l'établissement du devis soumis à l'assureur. Il n'y avait par conséquent pas lieu d'examiner la question de la relation éventuelle entre un traitement à base de bisphosphonates et une nécrose osseuse maxillaire.

Le Tribunal fédéral a relevé que dans la mesure où l'assurance obligatoire des soins prenait en principe en charge les coûts des soins dentaires d'une parodontopathie engendrée par les effets secondaires irréversibles d'un traitement médicamenteux, il

---

appartenait à l'assureur, conformément au principe inquisitoire, d'établir si et dans quelle mesure le traitement par bisphosphonates suivi par l'assurée dans le cadre de sa thérapie était la cause des mobilités dentaires, singulièrement de l'extraction dentaire qui s'en était suivie. Or, la décision de l'assureur ne reposait sur aucune donnée clinique objective. Si les maladies parodontales étaient en règle générale associées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, des facteurs génétiques ou des facteurs environnementaux (notamment la prise de médicaments ou des maladies systémiques [diabète, VIH, maladies endocriniennes]) pouvaient accroître sensiblement le risque de maladies parodontales. Dans son état actuel, le dossier ne permettait pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause effective de la parodontite. Il ne suffisait pas de simplement affirmer que les problèmes parodontaux n'étaient pas dus aux bisphosphonates pour établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'absence de tout lien de causalité. Au demeurant, il ressortait des explications fournies que l'assurée avait été traitée en 2008 pour un cancer du sein, si bien qu'elle avait probablement dû faire l'objet d'une médication lourde à l'époque, médication dont on ignorait si elle avait eu des effets à long terme sur son état de santé général.

15. Sur requête de l'assureur, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oncologie médicale, lui a indiqué, par courrier du 25 juin 2013, que l'assurée présentait depuis 2008 une récurrence d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche, d'emblée métastatique au niveau pulmonaire et osseux. Depuis le 28 mai 2008, elle bénéficiait de perfusions d'acide zolédronique (Zometa®), stoppé le 15 mai 2012 et depuis le 16 mai 2012, de Xgeva®. Elle avait été traitée par différentes lignes d'hormonothérapie jusqu'en avril 2011 (Arimidex®, Faslodex®, Femara®, Aromasin®, Tamoxifen®). Ensuite, elle avait été mise sous chimiothérapie jusqu'en novembre 2011. Puis, en raison d'une nouvelle progression de la maladie métastatique, elle avait été mise sous chimiothérapie par Vinorelbine et Capécitabine (Xeloda®) jusqu'en septembre 2011, et, par la suite, chimiothérapie par Gemzar et Oxaliplatine jusqu'en novembre 2011. Elle avait été à nouveau mise sous traitement d'hormonothérapie (Faslodex®) jusqu'en avril 2012, mais suite à une nouvelle progression de la maladie, sous chimiothérapie par Taxol® et Avastin® du 22 mai au 10 novembre 2012, avec une bonne réponse partielle. Suite à une nouvelle progression de la maladie en mai 2013, la chimiothérapie par Taxol® et Avastin® avait été réintroduite et était en cours.
16. Par courrier du 27 juin 2013 à l'assureur, l'assurée a indiqué avoir consulté le docteur G\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, le 5 septembre 2007 (extraction dent 27 et détartrage). Elle ne s'était pas rendue chez le dentiste entre 2008 et 2009. En juin 2010, elle s'était rendue chez le Dr G\_\_\_\_\_ qui l'avait adressée au Prof. F\_\_\_\_\_ lorsqu'il avait appris qu'elle suivait un traitement de Zometa®. Dès août 2010, elle avait été suivie par ce dernier, qui l'avait vue à six reprises entre août et septembre 2010.

17. Le 8 juillet 2013, le Prof. F\_\_\_\_\_ a adressé à l'assureur un rapport complémentaire. Il a exposé qu'en raison de l'ostéonécrose mandibulaire qui avait continué à évoluer, l'assurée avait consulté à huit reprises entre septembre 2012 et juin 2013 lors des poussées douloureuses, pour recevoir des soins locaux (désinfection, curetage ou fraisage de l'os exposé) et des antibiotiques. Sur les clichés du 18 juin 2013, il apparaissait deux zones d'exposition osseuse permanente. La scintigraphie osseuse réalisée le 19 novembre 2012 confirmait aussi la poursuite de l'évolution de l'ostéonécrose mandibulaire; sur la scintigraphie, l'atteinte de la mandibule était nettement plus marquée le 19 novembre 2012 que le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Des orthopantomogrammes avaient été réalisés le 4 août 2010 et le 17 juillet 2012. Enfin, la denture de l'assurée était en bon état (pas de carie en évolution, pas de tartre), hormis l'atteinte parodontale d'évolution brutale.
18. Sur la base de ces nouveaux documents, le Dr G\_\_\_\_\_ a rendu une nouvelle appréciation le 15 juillet 2013, par laquelle il a maintenu son préavis négatif.
19. Invitée par l'assureur à se déterminer, l'assurée a contesté, par courrier du 10 septembre 2013, l'appréciation du médecin-conseil. Elle a produit un nouveau rapport du Prof. F\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2013, aux termes duquel il ressortait notamment que l'étiologie des ostéonécroses était multifactorielle, qu'il existait des formes spontanées d'ostéonécroses et qu'elles se développaient avant d'être visibles cliniquement ou radiologiquement, ce qui avait été le cas de l'assurée. Des manifestations telles que la chute spontanée d'une dent ou la mobilité sur un implant parfaitement ostéo-intégré sans signe de péri-implantite pouvaient précéder l'exposition osseuse. Il était vrai que l'assurée présentait du tartre, mais il y en aurait eu beaucoup plus si l'assurée n'avait eu aucune hygiène.
20. Les commentaires de l'assurée et du Prof. F\_\_\_\_\_ ont été soumis au Dr G\_\_\_\_\_ qui a maintenu son préavis négatif le 26 septembre 2013. Les extractions entreprises dès août 2010 n'avaient pas été effectuées en prévision d'un traitement aux bisphosphonates puisque l'assurée était sous Zometa® depuis 2008, mais bien à cause du délabrement parodontal dû, selon la vraisemblance prépondérante, au tartre et au manque d'entretien. Le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé le refus sous l'angle de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS, mais a recommandé la prise en charge du traitement des ostéonécroses sur la base de l'art. 25 LAMal.
21. L'assureur a soumis à nouveau le dossier de l'assurée au Dr H\_\_\_\_\_, lequel, par rapport du 17 octobre 2013, a conclu au refus de la prise en charge des traitements litigieux. Selon le médecin-conseil, la parodontolyse généralisée et avancée qui était documentée radiologiquement au niveau des mâchoires supérieure et inférieure ne pouvait pas être considérée comme étant due à la prise de Zometa®, les traitements par bisphosphonates en tant que tels ne pouvant pas être à l'origine du tableau clinique de la parodontolyse telle qu'elle ressortait de la documentation radiologique du 4 août 2013. Aucun des documents d'imagerie médicale produits ne pouvait en outre confirmer une ostéonécrose maxillaire induite par des bisphosphonates à cette date.

22. Par « nouvelle décision sur opposition » du 5 décembre 2013, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée. Les traitements dentaires selon devis du 2 novembre 2010 n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
23. Par acte du 13 janvier 2014, l'assurée a recouru contre la décision et conclu à ce que le devis du 2 novembre 2010 d'un montant de CHF 6'532.25 soit pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, de même que la note d'honoraires de CHF 886.60. Puisque l'intimée avait pris à sa charge les soins consécutifs aux traitements des ostéonécroses prodigués après l'établissement du devis, il lui appartenait également d'assumer le coût de ce dernier. Au surplus, elle s'est référée à l'avis du Prof. F\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2014, duquel il ressortait que la lyse osseuse dans la région molaire inférieure droite présentait un aspect anormal: elle n'avait pas l'aspect d'une lyse osseuse due à une parodontopathie puisqu'il s'agissait d'une ostéonécrose. Or, la scintigraphie réalisée le 27 septembre 2010 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire et radiologique, avait révélé qu'on « retrouv[ait] également un discret foyer hyperactif au niveau mandibulaire de chaque côté », ce qui signifiait que ces foyers existaient déjà sur la scintigraphie réalisée le 18 août 2009. Ces foyers hyperactifs révélaient un processus d'ostéonécrose en évolution, sans traduction clinique. L'ostéonécrose avait donc précédé les extractions et comme les deux foyers étaient présents en 2009, il pouvait ainsi tout au plus être reproché à la recourante de ne pas avoir effectué de contrôle dentaire pendant un an, de sorte qu'il devenait difficile d'invoquer une hygiène insuffisante.
24. Par réponse du 12 février 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Les recommandations de ses médecins-conseils revêtaient pleine valeur probante, de sorte que c'était à juste titre que l'intimé avait refusé la prise en charge des traitements dentaires litigieux selon le devis du 2 novembre 2010. Le litige ne concernait pas le traitement des ostéonécroses survenues postérieurement à l'établissement du devis, il n'était d'ailleurs pas contesté que le traitement des ostéonécroses était à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En revanche, il en allait différemment du devis litigieux et de la facture dont le remboursement avait été refusé par décompte du 18 février 2011, lequel n'avait pas été contesté.

Elle a précisé que d'une manière générale, les bisphosphonates ne provoquaient pas de lésions parodontales dans une denture soignée. Par ailleurs, le Prof. F\_\_\_\_\_ avait évoqué l'apparition d'ostéonécroses pour la première fois dans son courrier du 5 juillet 2011 et la première consultation de la recourante relative à des expositions osseuses punctiformes sur la crête mandibulaire, caractéristiques d'une ostéonécrose, avait eu lieu le 11 avril 2011, soit après les extractions dentaires. La denture sur l'orthopantomographie du 2 novembre 2010 ne montrait pas non plus de pathologie telle une ostéonécrose ou ostéomyélite. Par conséquent, il n'existait aucune ostéonécrose avant les traitements effectués par le Prof. F\_\_\_\_\_, celles-ci n'ayant été démontrées ni cliniquement, ni radiologiquement, ni par scintigraphie.

S'agissant de la cause des mobilités dentaires, l'extraction des douze dents entre août 2010 et mars 2011 avait été rendue nécessaire à cause du délabrement parodontal. Le dernier contrôle dentaire avait eu lieu le 5 septembre 2007, pendant lequel la dent 27 avait été extraite, soit avant le début du traitement aux bisphosphonates. Les dépôts de tartre visibles sur l'orthopantomographie du 4 août 2010 et l'absence de contrôle dentaire entre 2007 et 2010, alors que la recourante avait débuté un traitement aux bisphosphonates en 2008, étaient à l'origine du délabrement parodontal très important ayant conduit aux extractions. Quant aux ostéonécroses, elles avaient été provoquées par les extractions dentaires.

25. Par courrier du 5 mars 2014, le Prof. F\_\_\_\_\_ a expliqué que la recourante était hospitalisée et qu'elle l'avait chargé de formuler des observations. En substance, il a exposé qu'il pouvait y avoir des chutes spontanées de dents ou des foyers d'ostéonécrose se développant dans des zones édentées, ce qui démontrait que les médecins-conseils de l'intimé se trompaient en affirmant que les bisphosphonates ne provoquaient pas de problèmes parodontaux dans une denture soignée.
26. Par duplique du 21 mars 2013 (*recte* : 2014), l'intimée a conclu à l'irrecevabilité de l'écriture du 5 mars 2014, motifs pris qu'elle émanait du Prof. F\_\_\_\_\_, lequel n'était pas un mandataire dûment autorisé. Au surplus, le Prof. F\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté l'existence d'ostéonécroses avant d'effectuer les extractions dentaires et c'était seulement en avril 2011 qu'il avait relevé l'apparition de deux zones d'exposition osseuse. La littérature médicale selon laquelle l'ostéonécrose se développait avant qu'elle ne soit visible cliniquement ou radiologiquement ne suffisait pas à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les ostéonécroses étaient présentes depuis suffisamment longtemps pour être à l'origine du délabrement parodontal de la mâchoire de la recourante.
27. Le 26 mars 2014, le Prof. F\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans que la recourante était décédée le \_\_\_\_\_ 2014.
28. Par ordonnance du 3 avril 2014, la chambre de céans a suspendu l'instruction de la cause et, à l'échéance du délai d'un an, a repris d'office l'instruction de la cause (ordonnance du 20 février 2015). Les héritiers ont été invités à se déterminer quant à la suite de la procédure et à produire une copie du certificat d'héritiers.
29. Par courriers des 11 et 26 mars 2015, l'hoirie de feu la recourante, soit son époux Monsieur B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ et ses filles Mesdames C\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, a produit un certificat d'héritiers établi le 4 mars 2015 à Evian les Bains (France) et indiqué qu'elle entendait poursuivre la procédure. Pour le surplus, l'hoirie a renoncé consulter le dossier, ce dernier lui étant connu (courrier du 17 avril 2015).
30. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10).

Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1<sup>er</sup>). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (al. 3).

En l'espèce, feue la recourante était domiciliée en France mais son dernier domicile en Suisse était situé dans le canton de Genève.

Par ailleurs, les héritiers acquièrent de plein droit l'universalité de la succession dès que celle-ci est ouverte (art. 560 al. 1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC – RS 210]). Ce faisant, la succession ne change rien à la nature des droits transférés et la communauté héréditaire se substitue au défunt et devient pleinement titulaire des droits et obligations de ce dernier, y compris les droits de nature procédurale. La dévolution successorale n'a pas d'effet sur la compétence du tribunal compétent à raison de la matière (ATF 141 V 170 consid. 4.3)

Au vu de ce qui précède, la compétence *ratione materiae et loci* de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Préalablement, la chambre de céans relève que l'intimée, après avoir repris l'instruction du dossier, a rendu derechef une « nouvelle décision sur opposition ».

Contrairement à ce que semble croire l'intimée, l'annulation de la décision ne fait pas renaître la décision initiale. En effet, il convient de rappeler que la décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (cf. ATF 125 V 415 ss consid. 2; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413*, in *Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis*, 2001, n° 17 p. 19; MEYER/von ZWEHL, *L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral*, in *Mélanges Pierre MOOR*, 2005, p. 435 ss; Hansjörg SEILER, *Rechtsfragen des Einspracheverfahrens in der Sozialversicherung [Art. 52 ATSG]*, in *Sozialversicherungsrechtstagung 2007*, n° 10.5 p. 99 sv.).



Or, dans la mesure où sa décision sur opposition a été annulée par le Tribunal fédéral, toute la procédure administrative antérieure est invalidée. Ainsi, l'intimée devait rendre une nouvelle décision, sujette à opposition, conformément à la LPGA. La procédure d'opposition est en effet obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (arrêt C 279/03 du 30 septembre 2005 consid. 2.2.2, in SVR 2006 ALV n° 13 p. 43; cf. aussi ATF 130 V 388).

Cela étant, nonobstant cette informalité, la chambre de céans, par économie de procédure, entrera en matière sur le recours, solution qui se justifie aussi par l'issue du litige.

4. L'objet du litige porte sur la question de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins sur la base de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS de traitements dentaires relatif à l'extraction des quatre incisives supérieures mobiles de feue la recourante ainsi que sur la réalisation d'une prothèse provisoire avant une réhabilitation prothétique, selon un devis du 2 novembre 2010 s'élevant à CHF 6'532.25.

Feue la recourante concluait également au remboursement d'une facture du 31 octobre 2010 relative aux extractions des dents 35 à 37 et 46 à 48, à hauteur de CHF 886.60.

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).

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en relation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les articles 17, 18, 19 et 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. 31 al. 1 let. a à c LAMal. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est

---

exhaustive (ATF 129 V 279 consid. 3.2, ATF 127 V 332 consid. 3a et 3b, ATF 124 V 185).

6. A l'art. 17 OPAS, sont énumérées les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. Selon la jurisprudence, est « évitable » toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 279 consid. 3.3, ATF 125 V 19 ss. consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa).

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, l'art. 17 let. b OPAS mentionne les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) sous forme de parodontite pré pubertaire (ch. 1), de parodontite juvénile progressive (ch. 2) ou d'effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3). La parodontite est une inflammation du parodonte, c'est-à-dire des tissus de soutien de la dent : gencives, ligament alvéolaire (périodonte), cément, os alvéolaire (Dictionnaire des termes de médecine, Garnier Delamare, 28<sup>ème</sup> édition, 2004). L'art. 17 let. b OPAS emprunte la classification établissant une distinction entre les formes adulte et les formes à progression rapide, juvéniles et prépubertaires (ATAS/400/2007).

7. a. La plupart des éventualités assurées supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 157 consid. 1b et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid.

---

3a, ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1).

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.592/99 du 13 mars 2000).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. a. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

b. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales

---

en vertu de cette disposition, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.316/2006 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
10. Dans le cas d'espèce, le Tribunal fédéral a jugé que conformément au principe inquisitoire, il appartenait à l'intimée d'établir si et dans quelle mesure le traitement par bisphosphonates suivi par feu la recourante dans le cadre de sa thérapie est la cause de ses mobilités dentaires, respectivement des extractions dentaires qui s'en sont suivies et ainsi d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause effective de la parodontite de feu la recourante. A cet égard, il n'est pas nécessaire d'examiner la relation entre un traitement à base de bisphosphonates et une nécrose osseuse maxillaire, la demande de prise en charge ne concernant pas le traitement des ostéonécroses (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2013 du 27 février 2013).

La chambre de céans relève que nonobstant les instructions claires du Tribunal fédéral relatives à l'instruction complémentaire, l'intimée s'est contentée de soumettre une nouvelle fois le dossier de la recourante aux mêmes médecins-conseils, qui avaient pourtant déjà exprimé des avis opposés à celui du Prof. F\_\_\_\_\_ dans la procédure préalable.

Par ailleurs, force est de constater que ces médecins-conseils n'ont pas tenu compte des avis du Prof. F\_\_\_\_\_, pourtant étayés par de nombreuses publications scientifiques récentes au sujet des bisphosphonates et leurs répercussions sur la santé. S'il est entendu que la littérature scientifique ne suffit pas, à elle seule, à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que les ostéonécroses étaient présentes depuis suffisamment longtemps pour être à l'origine du délabrement parodontal présenté par feu la recourante, il appartenait à l'intimée, en

vertu du principe inquisitoire, d'établir si tel avait été le cas en l'espèce. A cet égard, l'intimée n'a pas non plus examiné la scintigraphie réalisée le 27 septembre 2010 par le Dr J\_\_\_\_\_, laquelle avait mis en avant un discret foyer hyperactif au niveau mandibulaire de chaque côté, ce qui pouvait signifier que ces foyers existaient déjà sur la scintigraphie réalisée le 18 août 2009.

La chambre de céans constate que l'intimée s'est contentée de demander au Dr I\_\_\_\_\_, oncologue, la liste des traitements suivis par feue la recourante depuis 2008, sans toutefois s'enquérir des effets spécifiques de cette médication, en particulier des bisphosphonates, sur son état de santé à long terme, de sorte qu'aucune conclusion ne peut en être tirée. Elle n'a ainsi pas sollicité un avis détaillé de l'oncologue, pourtant essentiel dans le cas d'espèce, et ne l'a pas non plus invité à se déterminer sur l'avis du Prof. F\_\_\_\_\_, pas plus que sur les avis – contradictoires - de ses médecins-conseils. Enfin, le Dr H\_\_\_\_\_ s'autorise à affirmer que la parodontolyse ne peut pas être considérée comme étant due à la prise de Zometa®, sans d'ailleurs en donner les raisons. S'il est admis que la dent 27 de la recourante a été extraite en 2007, soit avant le début de la prise de Zometa®, et que des dépôts de tarte sont visibles sur l'orthopantomographie du 4 août 2010, ces éléments ne permettaient quoi qu'il en soit pas à l'intimée de conclure qu'ils constituaient, à eux seuls, l'origine du délabrement parodontal, à l'exclusion de toute prise de médicaments.

La chambre de céans relève qu'eu égard notamment à la complexité des questions médicales soulevées, les avis du Prof. F\_\_\_\_\_ suffisaient à mettre en doute les conclusions des médecins-conseils de l'intimée, de sorte qu'il appartenait à l'intimée de soumettre le dossier à des spécialistes externes afin de départager les avis contradictoires. Dans ces circonstances, force est d'admettre que les faits ne sont pas suffisamment clairs et qu'en l'état actuel, le dossier ne permet toujours pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause effective de la parodontite de la recourante. L'intimée n'a pas respecté les injonctions du Tribunal fédéral quant à l'instruction complémentaire à effectuer.

L'intimée est donc invitée à rapidement mettre en œuvre une expertise odontostomatologique et oncologique auprès de médecins externes, sur la base des dossiers complets de feue la recourante, afin de déterminer dans quelle mesure son traitement par bisphosphonates était la cause des mobilités dentaires, singulièrement des extractions dentaires qui s'en sont suivies.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée, à charge pour celle-ci de mettre en œuvre une expertise selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision sujette à opposition, au sens des considérants.
12. Au surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'intimée du 5 décembre 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise odontostomatologique et oncologique et nouvelle décision, au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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