

# FR\_GERICHTE 608 2016 175 vom 25. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_175](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_175)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 175 du 25 avril 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 175 del 25 aprile 2018

## Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

### E. 2

Selon l'art. 31 al. 1 let. a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), 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. Conformément à l'art. 17 let. c ch. 4 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31), l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les kystes (sans rapport avec un élément dentaire) en tant que maladies de l'os maxillaire et des tissus mous, ce à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie, et seulement dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige. Le traitement d'un kyste radiculaire est en principe considéré comme un traitement dentaire non à la charge de l'assurance obligatoire des soins; tel pourra en aller autrement que s'il prolifère, se développe bien au-delà de son point d'origine; en revanche, le traitement de la lésion dentaire en elle-même reste une prestation de médecine dentaire non obligatoire (cf. arrêt TF K 111/99 du 19 décembre 2001 consid. 5, 6 et 7).

### E. 3

Se pose ici la question de savoir si et quelles prestations l'assurance obligatoire des soins devrait prendre à sa charge.

#### E. 3.1

Consulté par l'assureur à la demande de son médecin-dentiste-conseil, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste chirurgie maxillo-faciale, chirurgie orale, a considéré que l'exérèse des probables (très mauvaise qualité des radios photocopiées) kystes radiculaires, donc directement en relation avec un élément dentaire, pouvait (néanmoins) être qualifiée ici de traitement médical (et ainsi être

Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 supportée par l'assurance obligatoire des soins), les kystes ayant proliféré au-delà du point d'origine (cf. rapport du 4 juillet 2014, pce 11 de l'assureur). Le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste et médecin-conseil de l'assureur, rejoint l'évaluation du docteur précité (cf. ses avis des 10 février, 15 mai et 2 novembre 2016, pces 21, 26 et 31 de l'autorité intimée). L'énucléation des kystes doit être prise en charge par l'assurance

obligatoire. La Cour constate que n'est pas (plus) litigieux que la kystectomie doive être prise en charge par l'assureur (cf. notamment le dernier paragraphe de la décision sur opposition avant ses conclusions; ultimes remarques, p. 2). Que l'opération de kystectomie ait eu lieu avant et/ou hors acquiescement de sa prise en charge par l'assureur LAMal n'a aucune incidence à cet égard. Il en va de même du fait que l'intéressée était assurée selon un modèle alternatif impliquant le principe de l'annonce préalable à une centrale téléphonique avant de recourir à une prestation médicale, mais qu'elle n'aurait pas respecté cette procédure: les conséquences après deux tels manquements sont non le défaut de prise en charge, mais l'exclusion de l'assurance pour la fin d'un mois (cf. art. 4, 6 et 7 des conditions particulières, pce 2 de l'assureur). La Cour constate cependant que, dans les faits, ce dernier a bel et bien refusé de prester à cet égard. A tout le moins n'a-t-il mentionné aucun montant qu'il accepterait de verser (cf. pces de la recourante 26, 28, 29, 32, 35, 37, 40, 45 et 47). Sur ce point, le recours doit être admis et l'assureur devra déterminer le coût de cette opération, y compris les frais en lien strict avec elle, tels ceux d'une anesthésie locale effectuée aux fins de permettre cette opération, ce conformément aux critères cumulatifs d'efficacité ainsi que de caractère approprié (adéquat) et économique. Dit coût sera pris entièrement à sa charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (cf. art. 25 LAMal), à l'exclusion de toute participation intervenant dans le cadre de l'assurance complémentaire (dentaire) de l'assurée.

### **E. 3.2**

S'agissant des autres frais en question, ceci:

#### **E. 3.2.1**

Si le Dr D. \_\_\_\_\_ se prononce pour la prise en charge de la kystectomie par la LAMal, il précise en revanche que le traitement de la lésion dentaire en elle-même (traitement de racine, résection, extraction) reste une prestation de médecine dentaire non obligatoire. Pour le Dr C. \_\_\_\_\_, ne doivent pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins les coûts: d'une anesthésie générale suivie d'une nuit d'hospitalisation, l'opération précitée pouvant se faire sous anesthésie locale, en cabinet, et la seule évocation de "comorbidités" ne suffisant pas pour retenir autre chose; d'une greffe et de matériaux de comblement pour les cavités kystiques, traitement non nécessaire et qui ne contribuera pas à améliorer sensiblement, décisivement la guérison des kystes; et des extractions des dents 11 et 21 et de leur remplacement par une solution prothétique, l'avulsion de ces dents n'étant pas obligatoire pour traiter le kyste, la kystectomie pouvant être effectuée seule. Si le Dr B. \_\_\_\_\_ prétend toujours à un remboursement des traitements purement dentaires, il doit fournir le résultat de l'examen histopathologique de la membrane kystique. Il est regrettable qu'il n'ait pas donné des documents supplémentaires (bilan radiologique en trois dimensions, estimation d'honoraires). Les avis des médecins-conseils non-dentistes E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, des, respectivement, 16 et 22 juin 2016 (cf. pces 26 s. de l'assureur) vont dans le même sens; pour ce dernier docteur, il n'y a, au vu des documents médicaux à disposition, aucune comorbidité et le problème dentaire ne montre aucune complication ORL; l'hospitalisation ne doit pas être prise en charge par la LAMal.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6

#### **E. 3.2.2**

Ces différents avis médicaux emportent la conviction de la Cour. Les déterminations du Dr B. \_\_\_\_\_, des 17 janvier, 28 février et 29 avril 2014, ainsi que de mai (non daté) 2015

(cf. pce 3, 6 et 8 de l'assureur; pce 12 de la recourante), jointes à son avis tel que rapporté dans l'opposition, ainsi qu'à l'offre de preuve de production de photos du visage tuméfié de l'assurée après l'opération, ne justifient nullement de s'écarter de l'opinion des médecins relatée ci-dessus. En particulier, l'on observera que le médecin B. \_\_\_\_\_, qui met également en exergue des kystes radiculaires, se borne à indiquer que l'hospitalisation d'une nuit se justifiait par l'importance de l'intervention et les comorbidités (cf. opposition, p. 5), mais ne dit en particulier rien de ces dernières. Pas davantage qu'il n'explique en quoi seraient erronés les avis des médecins susmentionnés contestant une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'autres prestations que celle de kystectomie, ni ne produit des éléments médicaux probants à cet égard. L'assurée n'a ainsi pas établi au degré requis de la vraisemblance prépondérante qu'hormis la kystectomie, les soins qu'elle fait valoir devaient aussi être pris en charge par l'assureur sous l'angle de la LAMal. Ne change rien à cet égard qu'elle aurait dû être opérée urgemment. D'autant que cette urgence n'apparaît pas telle qu'écrite: une première consultation relative à son atteinte semble être intervenue le 17 décembre 2013; elle a approché le Dr B. \_\_\_\_\_ le 10 janvier 2014; l'opération n'était pas prévue urgemment le lendemain, mais eut lieu le 12 février 2014.

#### **E. 4**

Au vu du dossier et de tout ce qui précède, le recours sera partiellement admis, dans le sens où la cause sera retournée à l'assureur pour fixation, conformément à la LAMal, des coûts de la seule kystectomie et de ceux en lien (strictement) avec elle.

#### **E. 5**

Conformément au principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il ne sera pas perçu de frais de justice. La recourante obtenant partiellement gain de cause, des dépens pour sa représentation par sa protection juridique lui seront alloués pour un montant fixé, ex aequo et bono, à CHF 750.-, éventuelle TVA comprise, montant total qui sera mis à la charge de l'assureur. Celui-ci n'aura pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis au sens où la cause retourne à Philos Assurance Maladie pour décision au sens des considérants. Il est rejeté pour le reste. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Les dépens alloués à la recourante sont fixés à CHF 750.-, éventuelle TVA comprise. Ce montant est intégralement à la charge de Philos Assurance Maladie SA. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 avril 2018/djo Le Président: Le Greffier-rapporteur: