

# FR\_GERICHTE 608 2016 242 vom 13. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_242](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_242)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 242 du 13 novembre 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 242 del 13 novembre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 17

de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31), que les soins dentaires soient la conséquence d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Elle souligne que, dans le cas d'espèce, le diagnostic d'ostéomyélite a été posé dans

Tribunal cantonal TC Page 3 de 6 le courant du mois de mars 2015, soit après l'extraction de la dent 45 pratiquée le 13 février 2015. En outre, elle précise que les radiographies des 23 et 26 janvier 2015 montrent des images n'ayant rien à voir avec une ostéomyélite. Enfin, elle relève que l'échec du traitement standard peut être dû à de multiples facteurs et qu'il n'est en tout cas pas prouvé qu'il soit dû à la présence d'une ostéomyélite, non établie par les pièces médicales. Elle estime ainsi qu'il n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que les traitements dentaires entrepris en janvier- février 2015 sont dus à l'ostéomyélite diagnostiquée par la suite. Dans le cadre d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position respective. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 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. 2. Selon l'art. 31 al. 1 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 (let. a), 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). Selon l'art. 33 LAMal, le Conseil fédéral est chargé de désigner notamment les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Par le biais de l'art. 33 let. d de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), celui-ci a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de désigner les soins dentaires visés à l'art. 31 al. 1 LAMal. L'art. 17 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31) indique que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables du système de la mastication énumérées aux lettres a à f. Il est précisé que la prise en charge se fait à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et que le traitement n'est pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le

traitement de l'affection l'exige. L'art. 17 let. c ch. 5 OPAS prévoit en particulier la prise en charge des soins dentaires occasionnés par une ostéomyélite des maxillaires. 3. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si les traitements dentaires réalisés en janvier et février 2015 doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. a) Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste traitant de la recourante, la cause de l'ensemble des traitements dentaires subis par cette dernière est l'ostéomyélite et cette maladie figure à l'art. 17 let. c ch. 5 OPAS, ce qui justifie la prise en charge de ces soins par l'autorité intimée. Dans son opposition du 25 mai 2016, il rappelle la chronologie des faits et relève que les Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 symptômes d'une ostéomyélite étaient présents avant le début du traitement et sont restés constants jusqu'à l'intervention chirurgicale accomplie par le Dr D. \_\_\_\_\_. Dans son recours du 2 novembre 2016, il souligne que si le traitement standard de la dent a échoué après plusieurs mois, alors que ce traitement est efficace à près de 100 %, c'est bien que l'ostéomyélite était déjà bien installée et que l'extraction était justifiée. Selon le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste-conseil auprès de l'autorité intimée, l'ostéomyélite n'est pas la cause de l'extraction de la dent 45, mais une séquelle de celle-ci. Dans son rapport du 10 mai 2016, il explique que le point de départ est le foyer périapical constaté sur la dent 45 suite à une nécrose pulpaire de cette dent. Le traitement endodontique n'a pas permis de régler le problème apical infectieux et le médecin-dentiste traitant a dû se résoudre à extraire la dent 45. Suite à cette extraction, l'assurée a développé une ostéomyélite. Dans son rapport du

## **E. 21**

septembre 2016, il précise qu'à l'étude des radiographies des 23 et 26 janvier 2015, on remarque que la dent 45 supporte une énorme reconstruction en amalgame et qu'elle souffre d'une parodontite chronique sévère. Ces deux éléments expliquent assurément la perte de vitalité de la dent. Si on analyse ensuite la racine de la dent 45, on y voit une radiotransparence qui entoure l'apex de la racine et qui n'a rien à voir avec l'image d'une ostéomyélite. Cette radiotransparence est du reste très bien visible sur la deuxième radiographie. Finalement, lors d'une ostéomyélite, la plage d'ostéolyse est bien délimitée avec une ostéocondensation périphérique ce qui ne correspond pas du tout aux radiographies du mois de janvier 2015. Il estime ainsi que l'ostéomyélite n'est apparue qu'après l'extraction de la dent 45, ce qui justifie la prise en charge du traitement de cette maladie par le Dr D. \_\_\_\_\_, mais pas celle des soins prodigués par le Dr B. \_\_\_\_\_, puisque ces derniers n'ont pas été engendrés par l'ostéomyélite. Dans un rapport du 8 mai 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste et spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale, retient le diagnostic de séquestre osseux avec infection chronique au niveau lingual mandibulaire droit région 45-46, tuméfaction du plancher buccal droit, adénopathie récidivante sous mandibulaire et cervicale antérieure droite, status post extraction 45 après infection traitement endodontique, hémihypertrophie mandibulaire droite, status post carcinome urothélial, traitement chirurgical et chimiothérapie, status post traitement chirurgical d'un mélanome localisé. Dans son rapport du 10 mars 2016, il pose les diagnostics d'ostéomyélite mandibulaire droite, d'hypestésie du V3, de status post carcinome urothélial avec traitement par chirurgie et chimiothérapie et de statut post traitement chirurgical d'un mélanome localisé. Le traitement a consisté en une investigation par IRM au niveau de l'induration du plancher buccal, puis d'une décortication mandibulaire linguale de 45, une révision du plancher buccal ainsi qu'une biopsie osseuse et au niveau du périoste en anesthésie locale. En conclusion, il indique qu'il s'agit bien d'une lésion osseuse

localisée avec séquestre ostéonécrosé accompagnée d'une ostéomyélite mandibulaire avec infiltration du périoste et poursuite infectieuse au niveau du plancher buccal chez une patiente connue pour un carcinome urothélial traité par chirurgie et chimiothérapie ainsi qu'un mélanome traité uniquement par chirurgie. Dans son rapport du 24 mars 2015 relatif à l'IRM des glandes salivaires et du cou effectuée le 10 mars 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, conclut que l'aspect correspond à priori à un processus infectieux en regard des extractions dentaires récentes. Dans un rapport du 9 avril 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine légale et pathologie auprès du laboratoire H. \_\_\_\_\_ SA, indique que l'image histomorphologique

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6 correspond dans les trois localisations à des lésions réactionnelles/inflammatoires sur nécrose osseuse (séquestre), éventuellement dans le cadre d'une ostéomyélite chronique sclérosante. b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que la cause n'est pas suffisamment instruite pour lui permettre de trancher. En effet, les avis médicaux divergent sur le fait de savoir si l'ostéomyélite était déjà présente avant l'extraction de la dent 45 ou si elle s'est développée suite à cet acte. D'un côté, les arguments du Dr B. \_\_\_\_\_, lequel explique que le diagnostic d'ostéomyélite a été clairement posé, que les douleurs ont été constantes jusqu'au traitement de cette maladie et que l'échec des traitements antibiotiques prouve que l'ostéomyélite était déjà présente avant l'extraction de la dent, semblent pertinents. Or, d'un autre côté, le Dr E. \_\_\_\_\_ estime que les radiographies de janvier 2015 ne présentent pas une image d'ostéomyélite, ce à quoi le Dr B. \_\_\_\_\_ répond qu'il est impossible de poser un diagnostic d'ostéomyélite sur la base de radiographies locales, mais qu'il faut un cliché couvrant tout l'os mandibulaire. Ces avis contradictoires relèvent du domaine purement médical, de sorte que seul un médecin-dentiste est susceptible de pouvoir les départager. En outre, les rapports concernant l'IRM et les analyses de laboratoires n'apportent pas non plus de réponse claire, puisque, dans le premier, le spécialiste en radiologie conclut a priori à un processus infectieux en regard des extractions dentaires récentes et que, dans le deuxième, il est mentionné qu'il s'agit lésions réactionnelles/inflammatoires éventuellement dans le cadre d'une ostéomyélite chronique sclérosante. Il faut également mentionner que l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ prête aussi à confusion. En effet, le diagnostic d'ostéomyélite mandibulaire ne figure pas dans son rapport du 8 mai 2015, alors qu'il est mentionné dans son rapport du 10 mars 2016. Par ailleurs, il ne se prononce pas sur la question litigieuse de savoir si l'ostéomyélite était présente dès le début des traitements. De plus, selon la doctrine médicale, une ostéomyélite mandibulaire peut certes se développer suite à une extraction dentaire, comme le prétend l'autorité intimée, mais une telle maladie peut également "être provoquée par une dent présentant une nécrose pulpaire ou une atteinte apicale, par une inflammation parodontale, une fracture infectée, etc." (SCHERRER/DELLA CHIESA/POLSKA/KUTTEN-BERGER, "Ostéomyélite chronique primaire de la mandibule avec exacerbation aiguë", in Swiss Dental Journal SSO 1/2015 p. 38), ce qui a été le cas de la recourante selon le Dr E. \_\_\_\_\_ lui-même, lequel retient que le point de départ est le foyer périapical constaté sur la dent 45 suite à une nécrose pulpaire de cette dent. Enfin, des études ont démontré que plusieurs patients traités pour une affection maligne avaient par la suite développé une ostéomyélite (cf. T. VAUTHIER, "Ostéochimionécroses associées aux biphosphonates: ce n'est que la pointe de l'iceberg!", in Swiss Dental Journal SSO 5/2006 p. 586). Or, la recourante a souffert d'un carcinome urothélial (tumeur cancéreuse de la vessie), lequel a été soigné par un traitement chirurgical et une chimiothérapie, comme l'a justement précisé le Dr D. \_\_\_\_\_ dans chacun de ses

rapports, mais sans jamais faire un lien direct avec l'ostéomyélite. A la lecture du dossier, il est constaté que l'autorité intimée n'a pas tenu compte de l'ensemble des éléments relatés ci-dessus avant de rendre sa décision. En outre, compte tenu des avis médicaux contradictoires, elle ne pouvait pas statuer sur la question litigieuse sans avoir recours à l'avis d'un

Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 expert, lequel sera amené à donner un avis médical clair sur la base de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Au vu des considérants qui précèdent, le recours doit être admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision querellée annulée. Partant, la cause est renvoyée à Philos Assurance Maladie SA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué d'indemnité de partie. III. 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 13 novembre 2017/meg Président Greffière-rapporteure

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.