

FR_GERICHTE 608 2019 306 vom 10. November 2020

FR Kantonsgericht, 2020-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_306

FR: FR_GERICHTE 608 2019 306 du 10 novembre 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 306 del 10 novembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

et 41. Le même jour, une déclaration d'accident a été envoyée à l'assureur. Par devis du 18 octobre 2018, l'extraction des dents 31 et 41 et la pose de deux implants ont été proposées comme traitement, pour un montant estimé à CHF 8'299.30 au total (dont CHF 2'749.- de frais de laboratoire). Par courrier du 20 novembre 2018, l'assureur a indiqué prendre en charge les coûts conformément au devis susmentionné, s'agissant d'un traitement consécutif à un accident couvert par l'assurance maladie obligatoire. Par devis du 20 mai 2019, le chirurgien-dentiste du cabinet E. _____, le Dr F. _____, a soumis à l'assureur une nouvelle demande de garantie de paiement à hauteur de CHF 1'016.40 pour une augmentation osseuse 31 et 41 avant implantation. Dans son courrier du 5 juin 2019, l'assureur a indiqué au chirurgien-dentiste son refus de prendre en charge les "coûts de la pose d'implants". Il a estimé que le traitement ne répondait plus au critère d'économicité. L'assureur a cependant offert de prendre en charge les frais pour des ponts collés, ce qui constituerait une alternative plus économique. B. Par décision formelle du 12 août 2019, l'assureur a refusé la prise en charge de la pose d'implants pour les motifs cités dans son courrier du 5 juin 2019. Le 23 août 2019, l'assurée a formé opposition. Elle soutient que les séquelles tardives en lien avec l'accident pour la mise en œuvre du traitement sont à prendre en charge par l'assureur. Par décision sur opposition du 11 novembre 2019, l'assureur a rejeté l'opposition, confirmant le refus de la prise en charge du traitement relatif à l'augmentation osseuse et aux implants. L'assureur fait valoir que l'événement du 15 septembre 2018 ne constitue pas un accident au sens de la loi, la cause extérieure extraordinaire faisant défaut. Quand bien même l'on admettait l'existence d'un accident, le traitement proposé, soumis à son dentiste-conseil, ne répondrait pas à la condition d'économicité. C. Le 25 novembre 2019, l'assurée interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 11 novembre 2019, concluant à son annulation. A l'appui de son recours, la recourante expose que le traitement alternatif proposé par l'assureur ne répond pas au critère d'adéquation. Par courrier du 15 janvier 2020, les parties ont été informées que la procédure se déroulerait en français, la décision attaquée étant rédigée en français.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 Le 6 février 2020, l'autorité intimée a conclu au rejet du recours. Par courrier du 14 juillet 2020, l'autorité intimée a été expressément invitée à déposer l'éventuelle prise de position écrite du dentiste-conseil à défaut de quoi il serait statué en l'état du dossier. Elle n'a pas réagi dans le délai imparti. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. D. Il sera fait état des arguments développés par

les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Déposé en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable, en vertu des art. 1 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), ainsi que 31 de la loi cantonale sur la justice du 31 mai 2012 (LJ; RSF 130.1) en relation avec l'art. 28 let. d du règlement du 22 novembre 2012 du Tribunal cantonal précisant son organisation et son fonctionnement (RTC; RSF 131.11). 2. 2.1. Conformément à l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal. En vertu de l'art. 4 LPGA, l'accident se définit comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur ("mouvement non programmé"). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur – l'interaction entre le corps et l'environnement – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement. Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. sur l'ensemble arrêt TF U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3 et les arrêts cités, notamment ATF 130 V 118). 2.2. Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 145 consid. 4.4.2 et les références). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse. Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4). Le Tribunal fédéral a concédé que l'économie du traitement peut prêter à discussion en matière de traitements prothétiques, étant donné l'éventail des prestations. Si plusieurs traitements sont envisageables, il y a lieu de procéder à une balance

entre coûts et bénéfices du traitement (ATF 124 V 196 consid. 3). 2.3. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3 et références citées). Selon l'art. 43 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. A teneur de l'art. 57 al. 4 LAMal, le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Dans la conduite de la procédure administrative, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 2.4. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation du médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, le tribunal ne peut pas procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, s'il estime qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou qu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant, soit renvoyer la cause à l'assureur pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGa lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 3. Est litigieuse, en l'espèce, le refus de prise en charge par

l'autorité intimée du traitement dentaire de la recourante, soit une augmentation osseuse suivie d'une pose d'implants. 3.1. Etant donné que l'autorité intimée fait valoir, dans sa décision sur opposition du 11 novembre 2019, que l'évènement du 15 septembre 2018 ne saurait être qualifié d'accident, il sied d'examiner en premier lieu la question de l'existence d'un tel événement. Il ressort du dossier que la recourante s'est cassé les dents 31 et 41 en installant son petit-fils de deux ans dans sa voiture. Lors de ce mouvement, elle s'est penchée en avant et le bas de son visage a heurté la tête de l'enfant qui s'est penché au même moment dans la même direction. Dès lors qu'il s'agit d'une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui a compromis sa santé physique, on ne saurait suivre l'autorité intimée quand celle-ci refuse de qualifier cet évènement d'accident. La recourante s'est en effet heurtée à la tête de son petit-fils alors que les deux acteurs se sont penchés l'un vers l'autre en même temps. Le facteur extérieur extraordinaire doit dès lors être admis (cf. arrêt du TF 9C_776/2012 du 8 janvier 2013 consid. 5.2). A la lumière de la jurisprudence citée et en l'absence d'indication contraire ressortant du dossier, l'évènement du 15 septembre 2018 constitue bel et bien un accident. 3.2. L'autorité intimée considère en outre que, même si l'on devait admettre l'existence d'un accident, l'augmentation osseuse suivie d'une pose d'implants telle que proposée par le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 chirurgien-dentiste traitant ne répondrait pas au critère d'économicité, de sorte qu'elle ne prendra quoi qu'il en soit pas en charge les coûts y relatifs. Dans son courrier du 5 juin 2019, l'autorité intimée a estimé que, sur la base des nouveaux documents envoyés et au vu de la nécessité d'une augmentation osseuse, le traitement ne répondait plus aux critères d'économicité. Elle a de plus indiqué qu'elle prendrait en charge les frais de ponts collés dans la mesure où ce traitement constituerait en revanche une alternative plus économique. Par courrier du 26 juin 2019, qui figure dans le dossier, le chirurgien-dentiste traitant, le Dr F. _____, a observé que la perte d'un certain volume osseux était assurément une suite de l'accident et ne pouvait pas être quantifiée avant l'extraction des dents 31 et 41. La solution proposée par l'autorité intimée, soit la confection d'un pont collé, ne constituerait en outre pas une solution définitive, la durée moyenne d'une telle réhabilitation étant de cinq ans, et ne répondrait ainsi pas au critère d'adéquation. Nonobstant l'exigence expresse formulée en ce sens par le Tribunal de céans, l'autorité intimée, qui prétend certes avoir consulté son dentiste-conseil, n'a pas jugé bon de verser au dossier la pièce y relative, ce qui aurait permis de vérifier le bien-fondé médical de sa motivation, alors même qu'elle a été expressément invitée à le faire. Par conséquent, l'opinion du médecin traitant, selon laquelle le traitement alternatif proposé par l'autorité intimée ne répondrait pas au critère d'adéquation, n'est pas contestée par une opinion médicale contraire. L'opinion du médecin traitant s'avère par ailleurs convaincante et pertinente quant à la question déterminante en l'espèce. Il s'ensuit que, à défaut d'un traitement alternatif qui répond au critère d'adéquation, l'augmentation osseuse suivie d'une pose d'implants ne peut pas être considérée comme non conforme au critère d'économicité et doit donc être prise en charge par l'autorité intimée. A cela s'ajoute que l'assurance a accepté de prendre en charge la pose d'implants sur la base d'un devis estimatif élaboré lors de l'extraction des dents cassées. Partant, elle devait également savoir qu'après le laps de temps nécessaire et obligatoire entre extraction et pose des implants il était possible que la densité osseuse pourrait s'avérer insuffisante pour assurer la fixation de ceux-ci. En effet, selon le chirurgien traitant, la problématique de la densité osseuse ne peut pas être abordée définitivement lors de l'extraction des dents mais seulement après six mois. Aussi, pour des

motifs liés au principe de la confiance, la prise en charge du traitement ne peut-elle pas être ultérieurement remise en cause, cela d'autant plus que le devis complémentaire ne s'élève qu'à environ 10% du devis initial. 3.3. Partant, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée. L'autorité intimée doit prendre en charge les frais relatifs à une augmentation osseuse suivie de la pose d'implants selon les devis établis en conformité avec les tarifs en vigueur. 4. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision sur opposition de B. _____ SA du 11 novembre 2019 annulée. Partant, B. _____ SA doit prendre en charge les frais relatifs à une augmentation osseuse suivie de la pose d'implants selon les devis établis en conformité avec les tarifs en vigueur. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. 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 10 novembre 2020/mpo Le Président: Le Greffier:

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