

FR_GERICHTE 608 2020 117 vom 21. Februar 2022

FR Kantonsgericht, 2022-02-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_117

FR: FR_GERICHTE 608 2020 117 du 21 février 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2020 117 del 21 febbraio 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 25

octobre 2019. C. Par décision sur opposition du 13 mai 2020, l'assureur maintient sa position et écarte cette dernière. En substance, il retient que ni les pathologies et leurs traitements médicaux, ni l'état bucco-dentaire ne justifiaient une prise en charge par l'AOS des traitements dentaires en question. D. Contre cette décision sur opposition, l'assuré, représenté par Me Marion Genetti, recourt auprès du Tribunal de céans, le 15 juin 2020. Il conclut, sous suite de fais et dépens: principalement, à la prise en charge par l'assureur du traitement, soit, selon lui, CHF 5'081.15 pour les soins du Dr B. _____ et CHF 886.90 pour ceux du Dr C. _____; subsidiairement, au renvoi du dossier à l'assureur pour nouvelle décision au sens des considérants; plus subsidiairement encore, au renvoi du dossier pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Il conteste en premier lieu que les interventions litigieuses n'aient pas été adéquates et ne se justifiaient pas; cela ferait fi de son historique médical et de leur nécessité, ce, respectivement, en rapport et consécutivement à sa grave maladie; il invoque à cet égard le caractère urgent du traitement contre son ostéoporose sévère, une fenêtre thérapeutique et le caractère préventif des soins dentaires effectués. Il dénonce ensuite une application incorrecte du droit, ce, d'abord, s'agissant de l'efficacité et l'économicité des soins dentaires réalisés, l'assureur ayant considéré qu'il

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 ne présentait pas d'atteinte bucco-dentaire en rapport avec son affection médicale; puis quant au principe même de leur prise en charge par l'AOS, même s'il estime que l'assureur n'a pas contesté celle-là dans la décision attaquée. E. Dans ses observations du 25 août 2020, l'assureur conclut au rejet du recours dans toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens. Pour lui, une analyse approfondie et complète de la situation médicale de l'assuré ne permet pas de faire supporter à l'AOS les frais relatifs aux traitements réalisés. Le caractère préventif et urgent du traitement du Dr B. _____ est en particulier nié; ces soins n'étaient ni nécessaires, ni appropriés, voire déconseillés. Le dossier parle en défaveur d'un lien de causalité entre les traitements dentaires entrepris et la situation médicale; la nécessité de ceux-là n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante; un accord préalable du médecin-dentiste conseil pour un traitement n'a en outre pas été donné; un traitement préventif dentaire n'était pas justifié dans cette situation. L'assureur n'est pas non plus tenu de prendre en charge la complication survenue lors de l'extraction de la dent 26. Le 11 septembre 2020, le recourant dépose spontanément une écriture supplémentaire, avec pièce médicale, sur lesquelles l'assureur, après avis de son médecin-conseil, se prononce le 29 octobre 2020. Pour autant que cela soit utile à la

solution du litige, il sera fait état, dans les considérants en droit du présent arrêt, des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 2.1. Au titre de l'AOS, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10; art. 34 al. 1 LAMal). S'agissant de soins dentaires dans le cadre du risque maladie, le législateur a en outre adopté un système dont le principe est qu'il n'existe pas de devoir légal pour l'AOS de prester; elle ne le fera qu'à titre exceptionnel, soit uniquement dans l'un des cas de figures de l'art. 31 al. 1 let. a, b ou c LAMal et que si toutes les conditions y relatives spécifiques sont remplies (cf. ATF 127 V 328 consid. 2; sur l'ensemble de la question, cf. EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2ème éd., 2018, art. 31 n. 1 ss; WEBER/GASSMANN, in Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz//Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, art. 31 n. 1 ss). A teneur de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'AOS 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), ou 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). En exécution de cette disposition, les art. 17

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 à 19a de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31) ont été édictés. Illustration du caractère exceptionnel d'une prise en charge de soins dentaires, ces articles contiennent la liste exhaustive, et non pas exemplative, des affections pouvant entraîner l'intervention de l'AOS (cf. ATF 124 V 185 consid. 5; 130 V 464 consid. 2.3; arrêts TF 9C_316/2013 du 25 février 2024 consid. 3; 9C_364/2017 du 4 août 2017 consid. 4; 9C_725/2017 du 28 mars 2018 consid. 2 et les réf.). Ce n'est en particulier que si la nature de l'atteinte en jeu relève bien de l'un de ces états de fait médicaux figurant dans ces dispositions (cf. ATF 126 V 319 consid. 3) que l'assureur social et éventuellement le juge devront encore, dans un second temps, examiner si les conditions cumulatives légales (générales) d'efficacité, d'adéquation et d'économicité mises par l'art. 32 LAMal pour toute prise en charge d'une prestation prévue aux art. 25 à 31 LAMal étaient remplies relativement aux soins dentaires en cause. 2.2. Chacun des art. 17 à 19 OPAS transpose spécifiquement l'une des trois hypothèses, let. a, b ou c de l'art. 31 al. 1 LAMal (cf. EUGSTER, art. 31 n. 4, 27 et les réf.; phrase introductive de chacun de ces art. OPAS). Aucune ne saurait donc être appliquée en corrélation d'un cas de figure différent (une autre de ces trois let.) que celui qu'elle illustre; pas même par analogie. Les art. 17 OPAS en rapport avec l'art. 31 al. 1 let. a LAMal et 18 OPAS en corrélation avec l'art. 31 al. 1 let. b LAMal visent les soins dentaires nécessaires qu'a (déjà) occasionnés soit une maladie grave et non évitable du système de la mastication, soit une autre maladie grave ou des séquelles de celle-ci. L'art. 19 OPAS et l'art. 31 al. 1 let. c LAMal qu'il illustre tendent à favoriser le traitement (futur) de certaines maladies par une prise en charge des soins dentaires (préalablement) nécessaires à l'intervention concrète envisagée; un tel geste dentaire préventif ou, cas échéant, curatif, ne sera en outre pas pris en charge par l'AOS s'il est lié à une atteinte survenue seulement après le traitement médical mentionné à l'art. 19 OPAS (cf. arrêt TF 9C_364/2017 du 4 août 2017 consid. 4 et les réf.). Les infirmités congénitales figurant à l'art. 19a al. 2 OPAS ne sont susceptibles d'obliger l'AOS à prester qu'autant que les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal topiques sont remplies

(cf. ATF 129 V 80 consid. 5.4). 2.3. Une certaine réalité, effectivité ou à tout le moins imminence de l'affection en jeu doit pouvoir être retenue pour que, cas échéant, l'AOS intervienne dans la mesure de la nécessité des soins dentaires y relatifs. Il a été jugé, par exemple, que l'assureur social ne devait pas supporter le coût de soins dentaires lorsque que seule la possibilité d'une atteinte en lien avec l'art. 17 let. a OPAS était dûment rapportée ou qu'une affection en relation avec l'art. 19 let. d OPAS n'était que probable, qu'un simple risque, mais non déjà déclarée (cf. arrêts TF K 71/02 du 29 janvier 2003 consid. 2.3; K 153/06 du

E. 28

novembre 2007 consid. 3.4.3; également 9C_675/2007 du 6 février 2008 consid. 4.2). De même, il a été retenu qu'un phénomène pathologique au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS devait (effectivement) provoquer des atteintes importantes aux dents avoisinantes ou, sous certaines conditions, à tout le moins représenter un risque imminent d'un tel dommage (cf. ATF 127 V 391 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 2.4. A l'égard de ce qui précède, la Cour souligne qu'en matière d'assurances sociales, le degré de preuve devant être apporté est celui de la haute vraisemblance; une simple hypothèse possible, une simple vraisemblance ne suffit pas. Le juge devra cas échéant se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, probables. 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 (cf. arrêts TF 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.3.1; 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 319 consid. 5a). Si la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, ce principe n'est pas absolu, les parties n'étant en particulier pas libérées du fardeau de la preuve. Dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, elles doivent apporter les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi celle qui voulait en déduire un droit risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de celles-ci (ATF 125 V 195 consid. 2; 117 V 264 consid. 3 et réf. cit.). Il revient en particulier au médecin-dentiste traitant de fournir à l'assureur toutes les pièces nécessaires pour l'examen de la prestation en cause (diagnostic exact, radios, rapport d'opération, etc.; cf. EUGSTER, art. 31 n. 1 et réf.). Selon l'art. 43 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 LAMal, 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). 2.5. 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 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. 3. En l'espèce, le recourant soutient que l'assureur ne conteste pas "le principe même" de son devoir de prendre en charge les coûts des traitements en cause, mais nie uniquement que les critères d'efficacité et d'économicité au sens de l'art. 32 LAMal soient respectés, ce qu'il s'emploie d'abord à

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 réfuter. Ensuite, "par sécurité", il explique pourquoi les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal étaient également remplies. La Cour ne distingue pas où serait mentionné dans la décision attaquée que les conditions d'une des let. de l'art. 31 al. 1 LAMal ainsi que de celles de l'art. 17 à 19a OPAS l'illustrant étaient remplies. Ce point doit de toute manière être examiné d'office ici, et ce en premier lieu. Ce n'est en effet que si une obligation légale de prester fondée sur l'art. 31 al. 1 LAMal existait effectivement qu'il faudra, dans un second temps, vérifier en sus les conditions de l'art. 32 LAMal. 3.1. La situation médicale déterminante peut être résumée ainsi, compte tenu également des pièces produites en procédure de recours uniquement. 3.1.1. L'assuré, atteint d'un syndrome adrénocongénital, a été traité depuis des années par corticostéroïdes/glucocorticoïdes (Dexaméthasone; corticostéroïde). Il a développé une ostéoporose cortico-induite. Il présente également une spondylarthrite (ankylosante), maladie rhumatismale inflammatoire. Ces pathologies et leurs traitements au long court induisent des risques de fracture (du fait de la diminution de la densité minérale osseuse) ainsi que de développement d'une infection (grave; du fait de l'usage d'immunosuppresseurs) plus importants que la normale. Aux fins de les contrôler (voire de les prévenir) l'assuré a été mis au bénéfice, d'une part, d'un traitement d'Aclasta, inhibiteur de la résorption osseuse (anti-résorbeur, anti-résorptif de la famille des bisphosphonates), reçu entre 2000 et 2003, puis en février 2015, 2016 et 2017, et, d'autre part, d'immunosuppresseur (Imurek). Le résultat d'un (nouvel) examen densitométrique osseux a amené la rhumatologue traitante à discuter dans le service médical concerné l'introduction en relai d'un autre traitement anti-résorbeur, début 2019; dans ce cadre-là, un avis sur la situation et l'état dentaires a été demandé au médecin-dentiste traitant Dr B._____. Des soins dentaires ont été exécutés par celui-ci, puis par le Dr C._____ pour régler une complication intervenue et les achever. A partir de l'été 2019, le nouvel anti-résorptif choisi, le Prolia (Denosumab), anticorps monoclonal (anti-rank-ligand) est administré. L'immunosuppresseur Simponi (Golimumab), anti- ANF-alpha, est également introduit. 3.1.2. Que ce soit pour le traitement de l'assuré avec l'Aclasta ou avec le Prolia, la Cour observe ce qui suit. Un risque d'ostéonécrose des maxillaires (de la mâchoire) peut exister avec l'utilisation d'anti-résorbeurs. Cependant, cette complication n'est que rarement rencontrée dans la pratique médicale; sa prévalence est en outre plus faible encore lorsque, comme ici, il est recouru à l'anti-résorbeur pour lutter contre l'ostéoporose et non pas dans un contexte oncologique (cf. Revue Médicale Suisse du 15 octobre 2014 n. 446: risque entre 0,001% et 0,1% avec un traitement de bisphosphonate selon certaines études; informations professionnelles, y compris en allemand, du compendium relatives aux deux médicaments précités; <https://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/osteoporose/comment-se-traite-aujourd'hui-losteoporose-0>, consulté le 14 février 2022). L'article "Evaluation des risques encourus par les patients sous traitement inhibiteur

de la résorption osseuse" (Rev Mens Suisse Odontostomatol, vol. 123, 11/2013 p. 997 s.) cité par le recourant n'apparaît au demeurant pas s'écarter de l'appréciation générale, théorique d'un risque faible de survenance d'une ostéonécrose de la mâchoire; et rappelle que c'est la situation individuelle (réelle) qui sera déterminante.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Avant l'introduction de chacun de ces deux médicaments, les médecins traitants concernés ont dû évaluer les facteurs susceptibles d'amener l'éventuelle réalisation de ce risque (très) ténu chez l'intéressé, soit ceux d'un traitement concomitant de corticostéroïdes, d'une mauvaise hygiène buccale, d'un traitement antérieur par bisphosphonates, d'interventions dentaires invasives (p.ex. extractions dentaires, implants dentaires, opération dans la cavité buccale) et d'une autre comorbidité telle une maladie dentaire préexistante ou une infection locale. En présence de ces facteurs accompagnateurs de la maladie grave de base, il est recommandé de soumettre le patient à un examen dentaire, qui s'inscrira dans l'évaluation individuelle des bénéfices-risques de la mise en place du traitement; cas échéant, les soins dentaires préventifs appropriés seront effectués. Pendant le traitement anti-résorbeur, tout patient est encouragé à maintenir une bonne hygiène buccale, à faire des bilans dentaires réguliers et à signaler immédiatement tout symptôme oral tel que dent qui bouge, douleur ou gonflement. Au cours d'un tel traitement, toujours, toute intervention dentaire invasive doit dans toute la mesure du possible être évitée. Si cela n'est pas possible, un nouvel examen individuel du rapport risque- bénéfice chez l'assuré doit intervenir. En outre, si une ostéonécrose des maxillaires s'est développée sous ce traitement anti-résorbeur, une chirurgie dentaire peut exacerber cette situation. La fiche sur le Prolia précise que lorsque cela est possible, une interruption temporaire du traitement doit être envisagée jusqu'à l'amélioration de l'état et au contrôle des facteurs de risque; avec une collaboration étroite entre le médecin responsable du traitement de base et le médecin dentiste.

3.2. 3.2.1. Dans ses déterminations des 12 septembre 2019, 30 mars, 13 août et 27 octobre 2020 (cf. pces 17, 26 et 28 de l'assureur, ainsi que dossier de recours), le Dr D. _____, médecin-dentiste- conseil, propose le refus de la prise en charge par l'AOS, aucun des art. 17 à 19a OPAS ne trouvant application. A juste titre. L'assuré ne présente pas d'atteinte bucco-dentaire en relation avec ses affections médicales, singulièrement sa spondylarthrite. Or, seules des dents ayant des pathologies telles carie ou lésion parodontale peuvent, cas échéant, provoquer une infection potentiellement grave, localement ou à distance, et nécessiter une extraction préventive à la charge de l'AOS. Mais ici, elles sont intactes et/ou assainies, parfaitement conservables; elles ne présentent en particulier pas de fracture radiculaire; soutenir simplement que les traitements de racine sont anciens et que les dents concernées sont fortement exposées à de telles fractures ne suffit pas; au contraire, comme le relève le médecin-dentiste-conseil, un traitement endodontique ancien signifie qu'il a bien fonctionné pendant plusieurs années et peut encore le faire pour l'avenir. En outre, même en cas d'extraction nécessaire et justifiée à la charge de l'AOS, ce qui n'est pas le cas ici, "l'édentement" occasionné ne peut être compensé que par une prothèse amovible, laquelle ne justifie pas l'utilisation d'implants dentaires pour la stabiliser. De plus, chez ce patient avec traitement de bisphosphonates Aclasta, une indication à l'extraction devait être mûrement réfléchie pour ne pas connaître des complications évitables, telle celle survenue à la dent 26, avec une CBS sur retard de cicatrisation, complication (extraction de la racine de la 26 et fermeture de la CBS) survenue en décours d'un traitement qui n'était pas justifié, de sorte que l'AOS ne doit pas supporter son coût. Dans un tel contexte de traitement médicamenteux, le recours à des implants dentaires était contre-indiqué, comme on vient de le voir ci-dessus. Les

radiographies et rapports qui ont été produits ne montrent au demeurant ni ostéopathie des maxillaires, ni fistule bucco-sinusale. En conclusion, les traitements en question, en particulier les extractions et l'implant, n'étaient pas nécessaires, voire même déconseillés. Ils étaient

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 notamment en contradiction avec ce qu'ont précisément soutenu le Dr B._____ et l'assuré, soit qu'il fallait éviter toute intervention sur l'os maxillaire ou mandibulaire sous traitement médicamenteux de bisphosphonates; recommandation d'autant plus justifiée que ces derniers se caractérisent par une demi-vie squelettique extrêmement longue, d'environ dix ans, et qu'ici, la dernière injection avait eu lieu en 2017, et que de nouvelles prises d'anti-résorbeur étaient discutées lorsque le médecin-dentiste est intervenu en 2019. Pour le médecin-dentiste-conseil, c'est plutôt dans cette mesure qu'il y avait un risque avéré de développement d'ostéonécrose des maxillaires de sorte que les traitements d'extraction dentaire et d'implant endo-osseux n'auraient pas dû être faits; soutenir qu'il y avait une fenêtre thérapeutique ne change rien à cela. 3.2.2. La Cour se fonde en outre avant tout sur les premières déclarations du dentiste traitant B._____. Celui-ci a d'abord mis en exergue uniquement l'accident de 1993, bien antérieur au début du recours aux bisphosphonates mentionné, ainsi que des traitements de racine anciens, sans doute consécutifs. Hormis la mention, sans plus de précision, que ces traitements de racine cassent facilement, ainsi que celle d'une carie à traiter encore, il ne rapporte aucune atteinte dentaire actuelle, effective ou à tout le moins imminente. En particulier, il n'observe pas la réalisation d'une affection pertinente ici en lien avec l'accident précité et ses traitements. Il ne justifie l'extraction de dents de 2019 qu'à titre préventif, pour éviter un hypothétique geste sur ces dents (avec traitements de racine anciens) quelques années après le début de l'emploi du nouvel anti-résorbeur, que le praticien assimile à celui antérieur de bisphosphonate. Il considère en effet que sous un tel traitement qui attaque l'os, une extraction de dents doit être évitée dans toute la mesure du possible. Il n'énonce par ailleurs pas une atteinte aux maxillaires actuelle ou une situation y relative qui se serait péjorée, pas une maladie des sinus active, pas d'avantage une autre atteinte qui découlerait des maladies somatiques (et de leurs traitements), singulièrement de la spondylarthrite. Le Tribunal ne dispute pas la recommandation de non-extraction de dents sous traitement anti-résorbeur en soi. Mais la pertinence de son invocation ici. D'abord, il ne distingue pas quel élément aurait été allégué et dûment établi qui serait susceptible de modifier l'appréciation effective, imminente ou future du risque individuel d'ostéonécrose maxillaire de l'assuré. Il relève ensuite qu'en février 2014, 2015 et 2017, trois doses (annuelles) d'Aclasta ont été administrées à nouveau. Or, son administration a des effets durables; comme pour les autres bisphosphonates, le temps de rétention de l'acide zolédronique dans les os est très long. Le recourant admet à cet égard l'appréciation du médecin-dentiste-conseil d'une demi-vie squelettique extrêmement longue, d'environ dix ans. Administré pendant trois ans, de 2000 à 2003, l'Aclasta a d'ailleurs été repris en 2014 uniquement; et depuis février 2017, trois ans plus tard, aucune nouvelle administration n'a été effectuée jusqu'au début 2019, où au vu d'un examen densimétrique, une discussion à l'égard de l'anti-absorbeur a été initiée en rhumatologie. La rhumatologue traitante n'a pas écrit qu'alors, l'Aclasta n'aurait plus été actif et qu'une (courte) fenêtre thérapeutique existerait dont il fallait urgemment profiter. Pas davantage qu'elle n'a rapporté un arrêt des traitements immuno-suppresseurs pour les pathologies graves de base, ni une problématique d'infection, singulièrement pas une maxillaire ou bucco-orale. De toute manière, il n'y a pas motif à retenir une prétendue fenêtre thérapeutique de deux ans début 2019, dès lors que la dernière administration

(annuelle) d'Aclasta a eu lieu en février 2017; étant rappelé en sus que les extractions des trois dents en 2014 puis 2017 ont justement été finalement décrites comme faites hors fenêtre thérapeutiques et ainsi compliquées.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 Le Dr B. _____ n'a rapporté qu'ultérieurement des plaintes douloureuses de son patient, sur question de la mandataire. Nulle mention n'en avait été faite auparavant. Aux dires de l'assuré, elles concernaient les maxillaires et étaient consécutives à la prise d'Aclasta. En tout état de cause, pour la Cour, cette impression constituerait au plus un effet indésirable (très) temporaire, après administration du médicament. Selon le praticien, plus tard, quoique soutenant les connaître depuis des années, l'assuré se plaindra de douleurs périodiques aux dents 17 et 26. Ce qui a été écrit ci-dessus peut être repris. Son praticien se bornera à poser la question de fissures dentaires. En tout état de cause, il n'objectivera pas non plus ainsi une atteinte à l'os des maxillaires du fait d'une ostéonécrose, ni aux dents, singulièrement pas une due au traitement d'Aclasta, effective ou même simplement imminente. Quant aux traitements de racine anciens et à l'atteinte dentaire mise en avant, force est de constater que ce médecin-dentiste traitant a admis que radiologiquement, aucune problématique n'était décelable. Aucune constatation médicale n'objective l'effectivité ou l'imminence d'une fracture radiculaire. On ne distingue pas pour quel motif une péjoration de traitements existant depuis longtemps devrait soudainement survenir; un indice de cela fait défaut ici, qui plus est chez un assuré dont l'hygiène dentaire serait irréprochable depuis des années - hormis une carie annoncée à la dent 48. Au reste, pour l'extraction des cinq dents en 2019, c'est toujours un risque à moyen/long terme, "potentiellement susceptible" de se réaliser dans quelques années qui a été annoncé. Alléguer simplement que les trois dents enlevées précédemment l'auraient été pour cause de fracture radiculaire ne modifie pas ce qui précède. De manière générale, la Cour souligne que la seule mention de maladies, atteintes et traitements passés et futurs ne suffit pas seule pour rendre hautement vraisemblable que les conditions d'un des trois cas de figure de l'art. 31 al. 1 LAMal étaient remplies. Dans cette mesure, le grief que "l'historique" du patient aurait été ignoré, outre qu'on ne discerne pas en quoi il serait fondé, est sans pertinence et ne contribue pas à justifier l'exécution des soins litigieux. Il est ainsi hautement vraisemblable que les facteurs de risque à prendre en considération chez l'assuré et la nécessité d'éviter dans toute la mesure du possible de nouvelles extractions de dents étaient toujours présents lorsque le Dr B. _____ y procéda. Rien n'établit non plus que ces éléments ne seraient réapparus qu'après la reprise de l'administration d'un anti-résorbeur, plusieurs années après celle-ci, même. Au vu du dossier et de tout ce qui précède, il en va de même pour les atteintes, plus exactement pour les risques d'atteinte que les dents extraites en 2019 étaient susceptibles de présenter dans quelques années. Rien ne justifiait leur extraction en 2019, même à un prétendu titre préventif. Dans cette mesure, au vu de tout ce qui précède, le Tribunal peut effectivement faire sienne l'appréciation du médecin-dentiste-conseil selon laquelle, en substance, les soins dentaires litigieux n'ont ni été occasionnés par d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou par une autre maladie grave ou ses séquelles, ni été nécessaires (préalablement) pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. 3.3. Le recourant se réfère plus expressément à l'art. 19 let. b OPAS, qui prévoit que l'AOS prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31 let. c LAMal) lors d'interventions qui nécessiteront un traitement immuno-suppresseur de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Or, l'art. 19 OPAS s'inscrit dans un temps futur, et non pour des atteintes dentaires déjà occasionnées ou à tout le moins imminentes comme pour les art. 17 s. OPAS. Il ne mentionne pas l'affection de polyarthrite dans sa liste exhaustive. Le recourant entend néanmoins se fonder sur cette atteinte en arguant qu'il devra de ce fait prendre des immuno-suppresseurs. La Cour ne distingue pas quelle intervention médicale, chirurgicale, ..., concrète aurait été planifiée, qui aurait nécessité préalablement des gestes dentaires tendant à son succès, pour en particulier assainir la cavité buccale afin de préparer cette intervention et prévenir au mieux le risque infectieux supplémentaire spécifique pouvant subséquentement découler de celle-ci. Le recourant se borne à invoquer comme justification des extractions de dents litigieuses une prise future et à long terme de Simponi et Prolia. Ce dernier n'est pas un immunosuppresseur en soi; c'est la (ou les) maladie(s) sous-jacente (l'ostéopathie), les traitements réalisés, etc. qui sont susceptibles de causer directement une immunosuppression. Le Simponi peut effectivement être rattaché en soi à la famille des immunosuppresseurs à proprement parler. Mais on ne voit pas en quoi sa prise future effective, même jointe à celle du Prolia, aurait constitué une intervention au sens de la disposition topique, ni d'ailleurs à la prévention de quel foyer infectieux de la cavité buccale consécutif à la prise de médicaments ces extractions dentaires auraient été nécessaires. Etant rappelé aussi que depuis des années, l'assuré est déjà sous traitements immunosuppresseurs (et anti-résorbeur), qu'aucune atteinte du système immunitaire (locale; développement de bactéries dans la bouche, etc.) n'a été rapportée; et que de toute manière, l'art. 19 OPAS ne saurait trouver application pour des atteintes potentiellement susceptibles de survenir postérieurement au début de cette prise médicamenteuse de Simponi et Prolia. Dès lors, l'AOS ne saurait non plus, sur la base de cette disposition, devoir supporter le coût du rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses dentaires.

3.4. Le recourant invoque plus particulièrement aussi l'art. 18 OPAS, lequel prévoit que l'AOS prend en charge les soins dentaires occasionnés par d'autres (que celles du système de la mastication) de l'art. 17 OPAS) maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement (art. 31 al. 1 let. b LAMal). Il le fait toutefois en soutenant que les soins dentaires litigieux étaient en relation directe non seulement avec la prise passée de médicaments pour soigner une maladie grave de type polyarthrite (cf. l'art. 18 OPAS), mais également avec une prise future, susceptible elle aussi de créer des séquelles dans l'os maxillaire; dans cette dernière mesure, il se réfère ainsi, en réalité, à l'instar de la doctrine et de la jurisprudence qu'il cite, à l'art. 19 OPAS examiné ci-dessus. Par ailleurs, l'art. 18 al. 1 let. c ch. 1 OPAS qu'il mentionne traite de la polyarthrite chronique (ou rhumatoïde), maladie inflammant les articulations, principalement les mains et les pieds. Or, l'assuré souffre d'une spondylarthrite (ankylosante), qui pour être aussi une affection grave rhumatismale inflammatoire chronique, concerne la colonne vertébrale, affectant avant tout bas du dos et bassin; il semble dès lors que c'est l'art. 18 al. 1 let. c ch. 2 OPAS, traitant de la maladie de Bechterew, qui pourrait éventuellement trouver application. On observera cela étant que ces dispositions visent toutes deux une autre maladie grave ou ses séquelles avec atteinte des maxillaires. Une maladie grave (ou ses séquelles) au sens de l'art. 18 OPAS n'est pas, comme telle, une du système de la mastication, mais agit de manière dommageable, a des effets nuisibles sur ce dernier (cf. EUGSTER, art. 31 n. 26 s. et les réf.; ATF 124 V 346 consid. 2; 128 V 66; arrêt TF du 29 décembre 2006 K 146/05 consid. 1.1). Cette atteinte causée au système de la mastication ne doit pas être grave, mais elle doit être objectivement inévitable (cf. EUGSTER, art. 31 n. 28 et les réf.). Ce qui suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 étant précisé qu'un assuré qui, en raison de sa constitution, de maladies dont il a souffert ou de traitements suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle; les mesures d'hygiène et de prophylaxie doivent toutefois rester raisonnablement exigibles (cf. ATF 128 V 59). En l'espèce, aucun médecin n'a allégué ni dûment établi, d'une part, que la spondylarthrite ankylosante de l'assuré ou ses séquelles se seraient manifestées avec une atteinte aux maxillaires (par exemple, une maladie de l'os comme l'ostéonécrose de la mâchoire), et que, d'autre part, elles auraient occasionné (déjà) une maladie du système de la mastication inévitable. Singulièrement, rien dans le dossier ne rend hautement vraisemblable un traitement par Aclasta de cette maladie grave avec effet sur les maxillaires, et qui aurait bien eu des conséquences dommageables inévitables sur le système de la mastication. En effet, les médecins traitants responsables des traitements de base, dans leur domaine de spécialité, n'ont au reste mis en exergue aucune atteinte des maxillaires (ou de l'articulation temporomandibulaire; de la mâchoire) déjà intervenue; aucune réalisation effective (ou à tout le moins imminente, susceptible d'intervenir rapidement) du risque de l'ostéonécrose maxillaire n'est rapportée. La rhumatologue a en particulier expressément écarté toute "malformation dentaire" s'inscrivant dans le cadre des rhumatismes inflammatoires (en lien avec la prise d'Aclasta), de même que s'agissant des conséquences de l'ostéopathie cortico-induite (en lien avec la prise d'immunosuppresseurs sur le long terme). Et du point de vue de la médecine dentaire, aucun n'a remarqué et signalé une quelconque atteinte. Et l'on ne distingue pas non plus où un médecin-dentiste aurait dûment allégué et établi les éléments déterminants pour que puisse s'appliquer l'art. 18 al. 1 let. c OPAS; cela ne ressort pas non plus du dossier. Soutenir simplement et de façon générale que l'Aclasta "a une action particulière sur les os maxillaires, ou est dans tous les cas susceptible d'en avoir une et [l']expose (...) à un risque d'ostéonécrose de la mâchoire" ne suffit pas. Du point de vue individuel, aucun élément ne permet de retenir même, au degré requis, que ce risque est "susceptible" de se réaliser. En outre, l'art. 18 al. 2 OPAS prévoit spécifiquement que les prestations mentionnées à l'al. 1 ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie donne préalablement une garantie spéciale en tenant compte de la recommandation du médecin-conseil. Or, le Dr B. _____ ne s'est adressé à l'assureur que par courrier daté du 1er juillet 2019, alors qu'il a débuté le suivi litigieux le 11 mars 2019 (le Dr C. _____ a écrit à l'assurance en juin 2019), bien après la réalisation des soins litigieux. La garantie spéciale précitée n'a en tout état de cause jamais été obtenue. Et ce alors que l'urgence d'effectuer ces soins du fait de l'état de santé et de la nécessité de prendre à nouveau, sans délai, un anti-résorbeur n'a pas été établie à satisfaction de droit. 3.5. Le recourant invoque encore expressément l'art. 17 let. e ch. 2 OPAS pour que l'AOS prenne en charge le coût des soins dentaires du Dr C. _____ en raison de son intervention pour une fistule bucco-sinusale, pour retirer un reste radiculaire à la dent 26 et fermer la CBS, les conditions de cette disposition étant à son sens remplies. L'art. 17 OPAS prévoit qu'à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'AOS prend en charge les soins dentaires occasionnés par certaines maladies graves et non évitables du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal). Dès lors qu'elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion, la valeur de maladie (du système de la mastication) est

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 plus restrictive que celle s'appliquant de manière générale dans l'assurance-maladie sociale selon l'art. 3 al. 1 LPGA; seules des

manifestations graves de cette maladie du système de la mastication déjà intervenues ou l'imminence hautement vraisemblable de sa survenance complète remplissent ce critère (cf. ATF 127 V 328 consid. 5b; EUGSTER, art. 31 n. 6 et les réf.); à défaut de ce critère de gravité, l'AOS ne saurait intervenir. L'atteinte qualifiée à la santé implique deux éléments essentiels, à savoir l'existence d'une pathologie présentant une menace pour la vie ou la santé, d'une part, et, d'autre part, les mesures nécessaires pour éliminer ce risque ou du moins pour l'atténuer. Conformément à l'art. 17 lit. e ch. 2 OPAS, l'AOS prend en charge les soins dentaires occasionnés par la maladie du sinus maxillaire qu'est la fistule bucco-sinusale. La Cour retient que le Dr C. _____ n'a initialement que diagnostiqué la présence d'une CBS à la dent 26, dont il demandait la prise en charge en lien avec le seul art. 17 let. b ch. 3 OPAS relatif aux parodontopathies dues aux effets secondaires irréversibles de médicaments, soit, selon lui, de l'Aclasta pris dans le cadre d'une ostéoporose (cf. consid. 3.7 ci-dessous). Il a ainsi inscrit son intervention - ainsi que celle du Dr B. _____, y compris aux autres dents - dans le seul cadre de cette ostéoporose et de son traitement. Il ne faisait aucune référence à une atteinte qualifiée du sinus. De même, ultérieurement, après réponse négative de l'assureur, il soutiendra que sa première appréciation était en soit correcte, insistant sur le fait que l'assuré est sous bisphosphonate intraveineux, qui constituerait, selon lui, un cofacteur ayant entraîné la nécessité d'une fermeture urgente de la CBS. Il ne s'appuie dès lors que sur une atteinte due à l'Aclasta, qu'il considère (implicitement à tout le moins) déjà réalisée, sans plus la décrire. Soutenir simplement que cette CBS après extraction constituerait une fistule bucco-sinusale ne suffit pas. Le diagnostic n'est pas clairement posé ni rendu hautement vraisemblable. D'ailleurs, l'appréciation du médecin-dentiste-conseil Dr D. _____ selon laquelle les radios et rapports qui lui ont été produits ne montraient ni ostéopathie des maxillaires, ni fistule bucco-sinusale, n'a pas été dûment critiquée. Bien plus, l'intervention du Dr C. _____ semble uniquement due à une complication causée ensuite d'un prétendu traitement préventif justifié d'extraction de la dent 26, à savoir une CBS sur retard de cicatrisation du fait qu'était demeuré un apex, qu'il ne qualifie pas non plus, au reste, d'atteinte qualifiée du sinus. Le praticien n'a d'ailleurs pas établi au degré de la haute vraisemblance que le traitement d'Aclasta imposait (seul) de devoir fermer cette CBS urgemment. Dès lors que l'on ne peut retenir, éventuellement et au plus, qu'une possibilité d'une atteinte déterminante au sens de l'art. 17 let. 3 ch. 3 OPAS, aucunement sa réalité ou à tout le moins son imminence, l'AOS ne devait pas intervenir. 3.6. A titre subsidiaire, le recourant invoque encore expressément l'art. 17 let. c. ch. 3 OPAS, relatif à la prise en charge par l'AOS de soins dentaires occasionnés par la maladie grave et non évitable du système de la mastication (maladies de l'os maxillaire et des tissus mous) d'ostéopathie des maxillaires. Selon lui, les conditions de cette disposition sont remplies "compte tenu de l'atteinte probable de l'os maxillaire" du fait du traitement passé (Alcasta) et actuel (Simponi et Prolia). La Cour renvoie aux remarques faites sur l'art. 17 OPAS au consid. précédent. Et souligne que ne peut être retenue dans ce dossier, au degré de la haute vraisemblance (pièces d'examen clinique, radiologique, etc., à l'appui), une maladie grave, qualifiée, d'ostéopathie des maxillaires déjà intervenue ou imminente. On ne distingue en particulier pas comment retenir la nécessité de soins dentaires en la fondant sur une affection grave du système de la mastication qui aurait déjà été occasionné du fait de l'usage futur, mis en place seulement après l'exécution des soins litigieux, du Prolia. Le risque d'ostéonécrose de la mâchoire a d'ailleurs été décrit uniquement comme

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 susceptible d'intervenir dans quelques années, à moyen-long terme. Aucun médecin n'a véritablement allégué l'observation d'une atteinte aux maxillaires. Le Dr B. _____ a, finalement et sur question, simplement indiqué qu'à son avis, la perte de masse osseuse touchait aussi les os mandibulaire et maxillaire, car l'analyse (densitométrie) de la rhumatologue traitante concernait la masse dans son ensemble, tout en renvoyant cependant à celle-ci sur le sujet. Le recourant l'admet au demeurant, qui parle uniquement d'atteinte "probable", ce qui est insuffisant ici. 3.7. Plus subsidiairement encore, le recourant se prévaut spécifiquement de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS, relatif aux maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) dues aux effets secondaires irréversibles de médicaments. Ce motif pris que "l'atteinte de l'os maxillaire, respectivement la fragilité osseuse induite par la prise des traitements anti-résorbeurs, est précisément consécutive aux effets secondaires irréversibles des traitements de type bisphosphonate, lesquels [lui] causent de grosses souffrances dans les mâchoires". Pour la Cour, rien ne permet de retenir qu'une telle affection qualifiée du système de la mastication existait déjà et qu'elle aurait nécessité les soins dentaires litigieux pour y remédier. Pas plus qu'une atteinte de l'os maxillaire (une ostéonécrose de la mâchoire), une problématique d'effets secondaires irréversibles dus à la prise passée d'Aclasta n'a été établie, ni même spécifiquement alléguée. On ignore quels seraient exactement ces effets et comment ils auraient précisément endommagé les tissus entourant, soutenant la dent, notamment l'os alvéolaire. Quant aux prétendues douleurs aux mâchoires, il a été expliqué plus haut pourquoi elles pouvaient difficilement être prises en considération; en tout état de cause, elles ne seraient pas (seules) pertinentes pour faire admettre que les conditions de l'art 17 let. b ch. 3 OPAS étaient remplies. 4. Au vu de tout ce qui précède, la Cour retient que l'assureur a refusé à bon droit d'intervenir au titre de l'AOS; il était donc fondé à refuser de prendre en charge, même partiellement, le montant des traitements litigieux. Les conditions de l'art. 32 LAMal n'ont dès lors pas à être encore examinées ici. Dans ces circonstances, il n'y a pas matière à renvoyer le dossier à l'assureur pour mise en place d'une expertise, le dossier permettant à la Cour de statuer. Le recours sera par conséquent rejeté, et la décision sur opposition querellée, confirmée. En vertu du principe de la gratuité prévalant en la matière, il ne sera pas perçu de frais de justice. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. 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 21 février 2022/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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