

# **GE\_GERICHTE ATAS/1336/2021 vom 22. Dezember 2021**

GE Cour de justice, 2021-12-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1336\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1336_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1336/2021 du 22 décembre 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1336/2021 del 22 dicembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Les questions de compétence de la Cour de céans et de recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 4 novembre 2019, il est inutile d'y revenir ici.

### **E. 2**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée refusant de prendre en charge les soins dentaires de la dent 35.

### **E. 3**

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, 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), 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). Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation 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 art. 17 à 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 LAMa. Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère 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. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal) ; il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce

A/2295/2018 - 9/17 - dernier. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. À teneur de l'art. 17 OPAS, 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'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables

suivantes du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a ch. 1 et 2 LAMal) : les granulomes dentaires internes idiopathiques (ch. 1) et les dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par ex. : abcès, kyste; ch. 2).

#### **E. 4**

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 127 V 332 consid. 3a ; ATF 127 V 343 consid. 3b ; ATF 124 V 185). Le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que, dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS, est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). Autrement dit, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance- maladie des traitements dentaires ; les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. 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 consid. 3a ; SVR 1999 KV 11 consid. 1b/aa). L'atteinte de la fonction masticatoire résultant d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si elle était objectivement non évitable (ATF 128 V 70). Cela suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 60 consid. 4a). Par ailleurs, une personne assurée qui présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Néanmoins, l'hygiène buccale doit rester dans la mesure du raisonnable et de l'exigible en ce qui

A/2295/2018 - 10/17 - concerne aussi bien les soins quotidiens que les contrôles périodiques chez un dentiste (ATF 128 V 60 consid. 6d).

#### **E. 5**

La prise en charge de soins dentaires repose sur le principe suivant : une hygiène buccale appropriée permet de prévenir l'apparition de caries, de parodontites ou la perte de dents. Si bien que l'assurance-maladie obligatoire ne rembourse que les soins buccodentaires occasionnés par une maladie grave ou inévitable, donc à des conditions restrictives. Pour être pris en charge, les soins dentaires doivent être en rapport d'interaction avec les maladies, c'est-à-dire soit occasionnés par certaines d'entre elles (art. 17 et 18 OPAS), soit favoriser leur traitement (art. 19 OPAS) (Dominique MANAI, Droits du patient face à la biomédecine, 2013, p. 181). L'art. 31 al. 1 let. a LAMal prévoit que les coûts des soins dentaires sont pris en charge par l'assurance obligatoire s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Il s'agit d'une exception au principe selon lequel les soins dentaires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire. Trois conditions doivent être réalisées : la première est l'existence d'une maladie. Dans les cas des soins dentaires, il y a atteinte à la santé lorsque l'assuré ne peut

pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler. Une atteinte pathologique est un état, actuel ou imminent, qui ne peut être prévenu par des mesures prophylactiques et qui, à défaut d'intervention, entrave la fonction masticatoire. La deuxième condition pour la prise en charge des traitements dentaires par l'assurance-maladie est le degré de gravité de la maladie. En effet, les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, la notion de maladie au sens des art. 17 et 17 let. a ch. 2 OPAS est plus restrictive que celle qui s'applique de manière générale à l'assurance-maladie sociale selon l'art. 2 al. 1 LAMal. Il s'agit d'une atteinte qualifiée. La troisième condition est le caractère non évitable de la maladie. Il s'agit d'une maladie qui surviendrait malgré une bonne hygiène buccale et dentaire, et conformément à l'état des connaissances du moment en matière de médecine dentaire. Le législateur voulait par-là encourager la prévention des caries et des parodontites, ainsi que toute autre maladie évitable et non grave du système de la mastication, impliquant ainsi la responsabilité personnelle du patient. Ainsi, un granulome dentaire interne idiopathique est une maladie non évitable. A contrario, un granulome interne découlant d'un traumatisme dentaire ou d'une affection de la pulpe due à la carie est considéré comme évitable et n'implique donc pas une prise en charge par l'assurance-maladie. De même, un granulome externe est considéré comme évitable, dans la mesure où il découle d'une infection parodontale (Dominique MANAI, op.cit., p. 183-186). Une fois établie la gravité de la maladie, il convient de vérifier si les prestations sont « efficaces, appropriées et économiques » (Dominique MANAI, op.cit., p. 189).

A/2295/2018 - 11/17 -

## **E. 6**

Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa p. 165 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 p. 279). 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 (ATF 127 V 138 consid. 5 p. 146; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2e éd. 2007, p. 494 n. 293 ss). 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 125 V 95 consid. 4a p. 99 ; voir également arrêt K 151/99 précité consid. 2c). 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 (ATF 124 V 196 consid. 4 p. 200 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1). 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 126 V 334 consid. 2b p. 339). L'appréciation du caractère économique ne doit pas s'effectuer au moyen d'une stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. La jurisprudence a retenu que des prestations de soins fournies à domicile par exemple, devaient, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettaient d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel (travail [ATF 126 V 334 consid. 3a p. 341], formation [arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000 consid. 3b, in RAMA 2001 p. 23], engagement social ou politique) ou d'assumer une fonction sociale importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas (telle que mère de famille; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 52/99 du 22 septembre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 10). Tel n'était en revanche pas

A/2295/2018 - 12/17 - le cas lorsque les soins à domicile ne permettaient à la personne assurée que de bénéficier d'une meilleure qualité de vie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 61/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 19 ; voir néanmoins l'arrêt 9C\_940/2011 du 21 septembre 2012 consid. 3.4, où le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social respectait "tout juste" le critère de l'économicité).

#### **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

#### **E. 8**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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

A/2295/2018 - 13/17 - 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 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

A/2295/2018 - 14/17 - 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).

#### **E. 10**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

#### **E. 11**

En l'espèce, l'intimée considère sur la base des appréciations de ses médecins- dentistes conseils, que le recourant a souffert d'un granulome externe, dont la prise en charge ne lui incombe pas. En substance, elle argue qu'une poche parodontale n'est pas spécifique d'une résorption radiculaire interne, qu'elle peut se rencontrer aussi en cas de résorption radiculaire externe, ce dont elle tire la conclusion que le diagnostic de résorption radiculaire interne ne peut être posé de façon « sûre et certaine » et n'est qu'« envisageable ». Le recourant conclut pour sa part à ce que soit reconnu son droit à la prise en charge des soins prodigués et prévus au niveau de sa dent 35, arguant que ceux-ci résultent d'un granulome dentaire interne idiopathique, dont le diagnostic a été clairement posé par le Prof. C\_\_\_\_\_ et la Dresse B\_\_\_\_\_, sur la base de l'examen histologique, mais également des constatations cliniques et radiologiques. Le fait qu'une résorption externe soit envisageable d'après la littérature médicale ne suffit pas à exclure la vraisemblance prépondérante du diagnostic de résorption interne.

#### **E. 12**

La Cour de céans a déjà constaté, dans son ordonnance du 4 novembre 2019, qu'il lui était difficile de trancher cette controverse entre spécialistes, raison pour laquelle elle a fait appel à un expert en la matière afin de déterminer quelle atteinte a exactement affecté la dent 35 du recourant, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence. Il lui a également été demandé de se prononcer sur la question de savoir si l'affection était évitable et si le traitement proposé par la Dresse B\_\_\_\_\_ répondait aux principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. Le rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ a été rendu après examen du dossier complété fourni par les HUG. L'expert y répond de manière claire, argumentée et circonstanciées aux questions qui lui ont été posées, de sorte que ses conclusions doivent se voir reconnaître pleine valeur probante.

A/2295/2018 - 15/17 - Il relate en particulier que, localement, l'assuré se plaignait d'une symptomatologie sous forme de douleurs persistantes plus marquées à la mastication. Une mobilité importante de degré III a été diagnostiquée. La dent 35 présentait à un moment donné deux pathologies présentes simultanément : une poche parodontale de 6 mm et un granulome interne idiopathique. Selon l'expert, la pathologie parodontale était

probablement, dans ce cas précis, une conséquence du foyer interne. Il explique qu'il est très peu probable que l'inverse se produise. De plus, une poche parodontale de 6 mm n'est généralement pas en mesure de provoquer une mobilité de degré III et aurait présenté une image radiologique bien différente (par exemple une perte d'os verticale importante), ce que l'on ne trouve pas dans ce cas. Se basant sur le rapport histologique, l'expert estime que la dent 35 a très probablement bien souffert d'un granulome interne idiopathique. Il explique que l'analyse histologique doit être considérée comme l'examen diagnostique le plus fiable disponible pour ce type de pathologie. De plus, la description clinique des symptômes ne correspond que marginalement à la pathologie parodontale seule. Compte tenu du caractère idiopathique de l'infection, elle doit être considérée comme INÉVITABLE. C'est en vain que l'intimée continue à contester cette position en reprenant les arguments déjà avancés précédemment par son dentiste-conseil, à savoir qu'un processus inflammatoire touchant le parodonte peut impacter les racines dentaires et provoquer des résorptions internes et que, compte tenu de la maladie parodontale constatée, le diagnostic de résorption externe de la dent 35 est "envisageable". C'est précisément dans le but de trancher cette controverse entre spécialistes que la Cour a fait appel à un expert judiciaire, lequel a rendu des conclusions argumentées et convaincantes, dont il n'y a pas lieu de s'écarter. D'autant moins qu'ainsi que le fait remarquer le recourant, c'est à tort que l'intimée et son dentiste-conseil exigent la preuve certaine d'un granulome dentaire interne idiopathique, étant rappelé qu'en matière d'assurances sociales, la décision repose sur les faits apparaissant comme les plus vraisemblables de façon prépondérante. Or, en l'occurrence, de l'avis de l'expert judiciaire, c'est le diagnostic de granulome interne idiopathique qui apparaît comme le plus probable. À la question de savoir si le traitement proposé, soit l'avulsion de la dent 35 et la pose d'un implant en position 35 avec une couronne répondait aux principes de l'économicité de l'adéquation et de l'efficacité du traitement, l'expert a répondu par l'affirmative. Il a expliqué que la seule alternative thérapeutique répondant mieux au principe d'économicité à disposition dans cette situation spécifique aurait été la confection d'une prothèse amovible (qui aurait coûté probablement 30 à 40% de moins que l'implant/couronne). Il a cependant souligné qu'en considérant la situation bucco-dentaire avant et après l'avulsion de la dent 35, une prothèse amovible aurait été à la fois moins adéquate - parce qu'il n'y avait qu'une seule dent à remplacer et qu'une telle prothèse, impliquant plusieurs crochets indispensables, aurait mis en péril des dents piliers - et moins efficace. Ainsi que

A/2295/2018 - 16/17 - le fait remarquer le recourant, le critère de l'économicité doit être considéré comme également rempli en ce cas puisqu'il faut prendre en considération les frais qu'aurait entraîné les éventuels dégâts causés aux dents piliers par la pose d'une prothèse amovible satellite. En l'occurrence, il ressort des explications de l'expert que, bien qu'un peu plus coûteuse, la solution proposée au recourant présentait un bénéfice manifeste par rapport à la seule autre alternative envisageable (une prothèse amovible). On notera que l'expert n'entre même pas en matière sur l'approche conservatrice suggérée par l'intimée. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que les conditions permettant la prise en charge du traitement administré au recourant étaient donc remplies et que c'est de manière injustifiée que l'intimée l'a refusée. Le recours est admis.

A/2295/2018 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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