

GE_GERICHTE ATAS/961/2013 vom 1. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_961_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/961/2013 du 1 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/961/2013 del 1 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

Le 14 novembre 2011, le CENTRE MEDICO-DENTAIRE (CMD) de Balexert a demandé à MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance) la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de prestations dentaires (réhabilitation en composite indirect) concernant de Madame M_____ (ci- après : l'assurée). L'assurée souffre en effet d'une perte de dimension verticale d'occlusion (DVO) de 1,8 mm sur érosion dentaire en relation avec une anorexie- boulimie en rémission depuis près de quinze ans. Le CMD a indiqué qu'il souhaitait confectionner une attelle Michigan à but préventif, après avoir réalisé les reconstructions dentaires en composite (méthode indirecte).

E. 2

Après avoir consulté son médecin-dentiste conseil, l'assurance, le 9 décembre 2011 a accepté la prise en charge d'une réhabilitation en résine composite direct.

E. 3

Le 23 décembre 2011, le CMD a demandé une réévaluation du dossier.

E. 4

Le 24 janvier 2012, l'assurance a persisté dans sa position.

E. 5

Par décision formelle du 8 mai 2012, l'assurance a confirmé sa position.

E. 6

Par décision sur opposition du 24 août 2012, l'assurance a une nouvelle fois refusé la prise en charge d'une réhabilitation en composite indirect en précisant qu'un éventuel recours contre sa décision n'aurait pas d'effet suspensif. L'assurance a justifié sa décision de limiter sa prise en charge du traitement à une réhabilitation directe (coût estimé de 2'492 fr. 85) - au lieu d'une réhabilitation indirecte (devisée à 16'746 fr. 60) – en se référant à l'avis de son dentiste-conseil. Ce dernier a estimé qu'il n'était pas nécessaire de confectionner une attelle Michigan pour une personne qui ne souffre pas de bruxomanie. Selon lui, sur les deux gouttières Michigan proposées par le CMD, une seule se justifie donc. Concernant le choix de la technique (directe ou indirecte), l'assurance soutient que la technique directe préconisée par ses dentistes-conseils n'est pas aussi périlleuse que l'assurée le soutient. Elle conteste également qu'il s'agisse d'un traitement provisoire ou chronophage et se réfère à un article qu'elle produit à l'appui de sa décision (article rédigé par Adrien LUSSI, intitulé "Erosion" et paru au RMSO, volume 15, 10/2005 p. 945). Il en ressort que cinq séances de deux heures - soit un total de dix heures - sont

A/2931/2012 nécessaires pour traiter quatre quadrants. Or, seuls deux quadrants entrent en ligne de compte chez l'assurée, de sorte qu'il suffirait de cinq heures pour la traiter. Par ailleurs, la gestion des excès de résine composite en technique directe est tout à fait gérable, même pour des reconstructions importantes; il suffit de segmenter le traitement en plusieurs séances. Quant au polissage, il s'agit d'une manœuvre tout à fait banale et routinière, pratiquée quotidiennement par tous les dentistes après la confection d'une restauration, qu'elle soit directe ou indirecte. L'assurance ajoute qu'à la lecture du bilan radiographique, il apparaît clairement que les dents 17 et 26 présentent des obturations occlusales - c'est-à-dire qui ne concernent qu'une seule face - alors que les faces inter-proximales des dents sont intactes. Or le CMD propose une reconstruction des trois faces, ce qui lui paraît abusif d'un point de vue économique mais également nuisible, médicalement parlant. Il en va de même pour les dents 16 et 27 - qui présentent des obturations occluso-distales de deux faces - ainsi que des dents prémolaires. Sur toutes ces dents, le CMD propose des restaurations indirectes à trois faces alors que la plupart des faces inter-proximales sont intactes et que les érosions - dès lors qu'elles s'étendent à la dentine - devraient être traitées d'une façon aussi peu invasive que possible. Enfin, pour les dents 12, 13, 22 et 23 (incisives et canines) l'utilisation de la position dentaire 4567 du tarif dentaire ne s'applique pas : il suffit d'utiliser les positions 4535 et 4536. En conclusion, l'assurance considère que le traitement indirect n'est ni efficace ni adéquat ni économique dans le cas de l'assurée, qui souffre d'une perte de DVO de moins de 2 mm. Selon elle, une restauration directe est tout à fait indiquée et s'inscrit dans une prise en charge moderne et soutenue dans la littérature.

E. 7

Par écriture du 26 septembre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge le traitement tel que préconisé par le CMD, avec suite de frais et dépens. La recourante explique qu'adolescente, elle a souffert d'une anorexie-boulimie très sévère et que l'acidité des vomissements a attaqué l'émail de ses dents. Cependant, depuis une quinzaine d'années, la situation s'est normalisée et stabilisée.

- 4/7-

A/2931/2012 Elle fait valoir que les travaux dentaires envisagés sont bien en relation avec l'anorexie-boulimie dont elle a souffert, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par l'assurance. La recourante fait remarquer qu'aucun des dentistes-conseils de l'assurance ne l'a examinée et demande que l'on se réfère plutôt à l'avis du Dr A _____ qu'elle produit à l'appui de sa position.

E. 8

Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 22 novembre 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimée souligne que tant ses dentistes conseils que le dentiste traitant de la recourante ont constaté une érosion modérée des dents de l'arcade supérieure, au contraire du Dr A _____, seul à qualifier cette érosion d'avancée. L'intimée en tire la conclusion que la fiabilité de l'affirmation du Dr A _____ est douteuse. Or, cette constatation diagnostique initiale (différence entre usure modérée et sévère) est capitale dans l'évaluation du cas puisqu'elle détermine la marche thérapeutique à suivre (méthode directe ou indirecte). L'intimée relève que c'est le dentiste de la patiente lui-même qui a estimé, sur la base d'un examen clinique soigneux, le 14 novembre 2011, la DVO à environ 1,8 mm. L'intimée rappelle que ses dentistes-conseils ont fondé leur opinion sur les informations

transmises par le dentiste-traitant et sur des arguments scientifiques. Elle soutient que "aussi longtemps qu'au niveau inter-occlusal, moins de 2 mm ont été perdus, les dents peuvent être en règle générale reconstruites directement au moyen de matériaux composites. Les patients tolèrent sans difficultés une surélévation de l'occlusion d'aussi faible importance". L'intimée en tire la conclusion qu'en l'occurrence, il convient de privilégier un traitement peu invasif et donc la méthode de la technique directe.

E. 9

La Chambre des assurances sociales a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les questions qu'elle entendait poser.

E. 10

Par courrier du 16 mai 2013, la recourante a insisté sur l'urgence d'entamer le traitement dentaire en raison de multiples fractures.

E. 11

Le 14 juin 2013, elle a précisé que le traitement serait entamé le 26 juin.

- 5/7-

A/2931/2012

E. 12

Le 21 juin 2013, la recourante a précisé que son dentiste traitant documenterait auparavant son cas à l'aide de radiographies, photographies et prise d'empreintes qui pourraient être soumis à l'expert.

E. 13

S'en est suivi un échange d'écritures portant sur la question de l'expert à désigner, chacune des parties proposant un nom. ATTENDU EN DROIT 1. Depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en matière d'assurance-maladie (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05). 2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA). 4. En l'occurrence, l'assurance ne conteste pas le principe de la prise en charge des soins dentaires, dont la cause est directement liée à la maladie dont la recourante a souffert durant son adolescence. Est en revanche litigieuse la question de savoir si le traitement tel que préconisé par le CMD est efficace, approprié et économique. 5. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3), étant précisé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). 6. En l'espèce, il convient d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée au Dr B. _____,

médecin-dentiste spécialiste en la matière.

- 6/7-

A/2931/2012 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise dentaire, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame M_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles, avoir examiné l'assurée et avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, du dossier constitué par le dentiste traitant, ainsi que de celui de la présente procédure (plus particulièrement des avis exprimés par les dentistes conseils de l'assurance, du devis du Centre médico-dentaire et de l'opinion défendue par le Dr A_____), en s'entourant d'avis de tiers au besoin. 2. Commet à ces fins le Dr B_____. 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Constatations objectives. 2. Diagnostic(s). 3. Selon vous, les signes d'érosion chez l'assurée doivent-ils être qualifiés d'avancés ou de modérés ? Pourquoi ? 4. Etes-vous d'accord avec le traitement proposé par le Centre médico-dentaire de Balexert et devisé à 16'746 fr 60 ? Pourquoi ? 5. Est-il exact que confectionner une attelle Michigan à but préventif, après avoir réalisé les reconstructions dentaires en composite n'est pas nécessaire chez une personne qui ne souffre pas de bruxomanie ? En d'autres termes, les deux gouttières Michigan (avant et après reconstruction) se justifient-elles ? Pourquoi ? 6. Qualifieriez-vous la méthode directe préconisée par les médecins-dentistes conseils de "lourde et très fastidieuse" ? Pourquoi ? 7. La qualifieriez-vous de "périlleuse" ? Pourquoi ? 8. Est-il exact que la durée de vie des deux solutions envisagées est la même ? 9. Lequel des traitements préconisés permettra objectivement la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé ?

- 7/7-

A/2931/2012 10. En définitive, à votre avis, quelle est la solution préférable dans le cas présent et pourquoi ? Indiquez notamment quel traitement vous paraît : - le plus efficace - le plus approprié - le plus économique (justifiez votre réponse) ? 11. Est-il exact que, pour les dents 12, 13, 22 et 23 (incisives et canines) l'utilisation de la position dentaire 4567 du tarif dentaire ne s'applique pas et qu'il convient plutôt d'utiliser les positions 4535 et 4536 ? 12. Toute remarque utile et proposition de l'expert. 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. 5. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé. 6. Réserve le fond.

La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

La Présidente

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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