

GE_GERICHTE A/1752/2014 vom 8. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1752_2014

FR: GE_GERICHTE A/1752/2014 du 8 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/1752/2014 del 8 dicembre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.12.2014
A/1752/2014

A/1752/2014 ATAS/1257/2014 du 08.12.2014 (LAMAL) , ADMIS/RENVOI En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1752/2014 ATAS/1257/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 décembre 2014 9ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, représenté par PROTEKTA Assurance de protection juridique SA recourant contre KPT/CPT CAISSE-MALADIE, sise Tellstrasse 18, BERN intimée EN FAIT 1.

Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, est assuré auprès de la KPT caisse-maladie SA (ci-après la KPT) depuis le 1^{er} janvier 2012 pour l'assurance obligatoire des soins. Sa police ne comprend pas le risque accident.!

2. Au début de l'année 2007, l'assuré a consulté, en raison de douleurs à l'articulation de la mâchoire droite, le Docteur B_____, médecin généraliste, qui l'a adressé au Dr C_____, radiologue-spécialiste FMH.!

3. Le Dr C_____ a indiqué, par courrier du 28 février 2007, au Dr B_____ que suite à l'examen auquel il avait procédé sur le patient, il concluait à une lésion dégénérative de son articulation temporo-mandibulaire droite.!

4. Le Dr B_____ a attesté, le 14 mars 2007, que l'assuré souffrait d'une arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire droite, liée à une déviation de la mâchoire induite par un bridge, et qu'une intervention chez un dentiste était nécessaire pour résoudre ce problème.!

5. Le 5 septembre 2010, le docteur D_____, domicilié à Vérone en Italie, a attesté que l'assuré avait un problème occlusal évident, que son bridge était l'élément perturbateur le plus important et qu'il fallait le changer.!

6. Le Dr C_____ a indiqué au Dr B_____, par courrier du 25 octobre 2010, qu'il avait procédé à une imagerie par résonance magnétique (IRM) et que l'assuré présentait une lésion dégénérative de l'articulation temporo-mandibulaire droite avec dégénérescence du ménisque. !

7. Le Dr B_____ a établi, le 1^{er} février 2012, une ordonnance pour A_____ pour le remplacement d'un bridge en raison d'un problème ostéo-articulaire.!

8. Entre mars et juin 2012, la doctoresse E_____, médecin- dentiste, a procédé au remplacement d'un pont dentaire vétuste sur les dents 11 à 13 de l'assuré et facturé son intervention CHF 4'461,25 en appliquant une valeur de point relative à des soins privés.!

9. Le 13 septembre 2012, KPT a refusé de prendre en charge cette facture considérant qu'il s'agissait d'un traitement dentaire ordinaire entièrement à la charge de l'assuré. !

10. Par courrier du 3 octobre 2012, l'assuré a indiqué à KPT qu'une lésion dégénérative de son articulation mandibulaire droite avait été mise en évidence par le Dr C_____ et que le traitement en cause avait permis de soulager les lésions dont il souffrait. Il réitérait sa demande de prise en charge en se fondant sur les art. 31 LAMal et 17 à 19 OPAS.!

11. Le 17 janvier 2013, KPT a écrit à ce dernier pour l'informer qu'elle avait soumis le dossier à l'appréciation de

son médecin-conseil et qu'il en résultait que la confection d'un nouveau pont ne correspondait pas aux mesures définies à l'art. 17d ch. 1 OPAS. En conséquence, elle refusait la prise en charge de ce traitement. !endif>![if> 12. Le Dr B_____ a attesté, le 4 mars 2013, que l'assuré présentait des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire depuis de nombreuses années. Divers traitements avaient été entrepris en vain pour soulager cette articulation, dont le port d'une gouttière, des séances de physiothérapie et des traitements symptomatiques. La symptomatologie douloureuse s'était résorbée suite au changement du bridge dentaire de l'assuré en 2012, qui avait permis la décharge définitive de l'articulation temporo-mandibulaire avec libération occlusale. !endif>![if> 13. Le 7 mai 2013, l'assurance a rendu une décision formelle de refus de prise en charge du traitement dentaire, en raison du fait que l'assuré ne souffrait pas d'une arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire, mais des effets d'un pont dentaire devenu inadapté à sa bouche. Elle fondait notamment sa décision sur un avis médical du 20 décembre 2012, rédigé à la main et en allemand par le docteur F_____. !endif>![if> 14. L'assuré a formé opposition à cette décision le 5 juin 2013. !endif>![if> 15. KPT a procédé à une instruction complémentaire du dossier. !endif>![if> 16. L'assuré a informé KPT les 6 août et 10 septembre 2013 qu'en 1973, il avait été victime d'un accident lors duquel il avait perdu une dent. Il avait porté une prothèse dentaire amovible, avant de se faire poser un bridge en 1983. Cette intervention n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art et avait généré des problèmes temporo-mandibulaires. A l'époque de l'accident, il n'était pas couvert par une assurance-accident. Ce n'était qu'en 2012, grâce à la Dresse E_____, qu'il avait pu soulager sa douleur, après avoir essayé en vain divers traitements. !endif>![if> 17. La Dresse E_____ a indiqué à KPT, par message du 9 septembre 2013, que les soins donnés à l'assuré ne relevait ni de la LAMal, ni de l'assurance-accident, raison pour laquelle elle ne lui avait pas adressé de devis. !endif>![if> 18. Le docteur G_____, médecin généraliste, consulté par l'assuré pour un second avis médical, a indiqué dans un rapport du 26 mars 2014 que selon les investigations du Dr D_____ et de la Dresse E_____ le problème du patient était clairement une arthrose articulaire. La seule manière pour ces derniers d'améliorer la fonction de cette articulation consistait à enlever le bridge mal posé du côté droit. Cette intervention avait eu pour conséquence une diminution significative du blocage de la mâchoire et une nette diminution de ses douleurs. Le traitement avait donc été adéquat et efficace au sens de la LAMal. Le patient était, à ce jour, médicalement parlant asymptomatique. Il allait bien du point de vue de la fonction de son articulation temporo-mandibulaire. L'assurance-maladie devait prendre en charge le traitement en cause, dès lors que l'art. 17 d al. 1 OPAS mentionnait l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire. !endif>![if> 19. Par décision sur opposition du 28 mai 2014, KPT a rejeté l'opposition de l'assuré considérant que ce dernier ne présentait pas une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Si la LAMal couvrait désormais également l'accident à titre subsidiaire, les conditions d'une telle prise en charge n'étaient pas remplies en l'espèce, faute de lien de causalité entre l'événement initial et le traitement litigieux, l'assuré n'ayant produit aucune pièce justificative relative à l'accident subi dans son enfance. !endif>![if> 20. Le 17 juin 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition. Il souffrait d'une arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire et pas des effets d'un pont dentaire devenu inadapté à sa bouche. L'intervention effectuée par la Dresse E_____ l'avait soigné et devait par conséquent être prise en charge par KPT. Il concluait, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi des prestations d'assurance et, subsidiairement, à ce qu'une expertise indépendante soit mise en

œuvre, sous suite de frais et dépens. ^{21.} Le recourant a produit, à l'appui de son recours, une attestation médicale du Dr B_____ du 13 juin 2014 attestant que qu'il présentait une lésion dégénérative de l'articulation temporo-mandibulaire droite avec dégénérescence des ménisques et que cette arthrose était responsable d'une douleur élective de l'articulation temporo-mandibulaire droite. L'IRM pratiquée le 25 octobre 2010 mettait clairement en évidence cette pathologie arthrosique. ^{22.} Par réponse du 17 juillet 2014, KPT a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. ^{23.} Entendue comme témoin par la chambre de céans, la Dresse E_____ a indiqué qu'elle avait remplacé un bridge ancien devenu obsolète avec le temps, ce qui était normal. Elle n'avait pas observé que le bridge avait été mal placé à l'origine. Selon son analyse, le cas ne relevait pas de la maladie, ni d'un accident. Il était toutefois clair que le premier bridge devait être dû à un accident. Informée du fait qu'il ressortait d'un IRM que l'assuré avait une lésion dégénérative de l'articulation temporo-mandibulaire droite avec dégénérescence du ménisque, la Dresse E_____ a indiqué que le bridge vétuste avait très certainement été à l'origine de cette lésion. Le changement de bridge était de nature à soulager le patient. On ne pouvait pas totalement soigner l'arthrose. La disparition de la douleur constatée chez le patient après le changement de bridge ne permettait pas de dire que les douleurs ressenties précédemment n'étaient pas reliées à une arthrose temporo-mandibulaire. S'agissant des conclusions de l'IRM, le terme "lésion dégénérative" de l'articulation pouvait correspondre à de l'arthrose, mais pas forcément. ^{b.} Egalement entendu comme témoin par la chambre de céans, le Dr B_____ a indiqué qu'il avait considéré que le patient souffrait d'arthrose en se fondant sur le résultat de l'IRM et ses propres constatations. Le changement de bridge avait résolu le problème du patient qui ne se plaignait plus de douleurs à la mâchoire. Les douleurs, qu'avait ressenties ce dernier avant le changement de bridge, pouvaient être liées à l'arthrose, mais il lui paraissait plus vraisemblable que c'était l'ancien bridge qui en était la cause, puisqu'après son remplacement, le patient n'avait plus ressenti de douleurs et ce de manière durable. L'arthrose avait pu être causée par le bridge inadéquat. On pouvait avoir de l'arthrose sans éprouver de douleurs. Il relevait également que le cartilage se régénérait dans l'articulation concernée et que l'arthrose pouvait guérir à cet endroit. ^{c.} Le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait quasiment plus de douleurs depuis le changement de bridge. ^{d.} A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). ^{2.} Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. ^{2.} L'objet du litige est de déterminer si l'intimée doit prendre en charge pour le recourant le coût du remplacement d'un pont dentaire, effectué par la Dresse E_____, en 2012, pour un montant de CHF 4'461,25. ^{3.} La première question à trancher est de déterminer si le traitement en cause résulte d'une maladie et s'il est, à ce titre, couvert par l'assurance-maladie. ^{4.} 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 et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins,

des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a). D'après l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33. L'art. 31 al. 1 LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires : s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté les articles 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal. 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 129 V 279 consid. 3.2, 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 185). A l'art. 17 de l'annexe 1 de l'OPAS sont énumérées les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent le droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 17 let. d ch. 1 OPAS mentionne l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire. Selon la jurisprudence, 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, 125 V 19 ss. consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). 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 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle

manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). Par ailleurs, 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/bb et cc). 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 6. En l'espèce, il est établi par l'IRM effectué en 2010 que l'articulation temporo-mandibulaire droite de l'assuré présentait, à ce moment-là, une lésion dégénérative. Selon l'avis médical convaincant du Dr B_____, cette lésion dégénérative était de l'arthrose. La chambre de céans retient qu'il est ainsi suffisamment établi que le patient avait de l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire au sens de l'art. 17 let. d ch. 1 OPAS. En revanche, il n'est pas établi que c'est cette arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire qui a occasionné le traitement dentaire en cause. Au contraire, il ressort de plusieurs avis médicaux que ce traitement a été effectué pour soulager le patient de douleurs causées par un bridge devenu obsolète et que l'arthrose s'était développée en raison des effets de ce dernier. Les déclarations du Dr B_____ par devant la chambre de céans apparaissent à cet égard particulièrement convaincantes. Il a en effet indiqué, à cette occasion, que s'il ne pouvait exclure que les douleurs qu'avaient ressenties son patient étaient causées par l'arthrose de son articulation temporo-mandibulaire, il lui paraissait plus vraisemblable qu'elles l'étaient par le bridge devenu inadapté, dès lors que les douleurs n'avaient pas réapparu depuis le changement de ce dernier, soit pendant un laps de temps conséquent. En 2007 déjà, le Dr B_____ avait indiqué que le bridge du patient était à l'origine d'une déviation de sa mâchoire qui avait généré l'arthrose de son articulation temporo-mandibulaire droite. En 2013, il relevait que la symptomatologie douloureuse s'était résorbée suite au changement de bridge dentaire en 2012, qui avait permis la décharge définitive de l'articulation temporo-mandibulaire avec libération occlusale. Ces deux avis médicaux vont dans le sens des dernières conclusions du Dr B_____. En revanche, dans son attestation du 13 juin 2014, ce dernier indiquait que l'arthrose

dégénérative de l'articulation temporo-mandibulaire droite était responsable de la douleur ressentie par le patient. Cette attestation ne remet toutefois pas sérieusement en cause la thèse selon laquelle l'ancien bridge était à l'origine des douleurs ressenties par le recourant. La chambre de céans retient en effet que les dernières déclarations du Dr B_____ ont un poids prépondérant, puisqu'il était entendu après avoir été formellement exhorté à dire la vérité et que sa conclusion est accréditée par le fait qu'un long temps s'est écoulé depuis le traitement sans réapparition des douleurs. La Dresse E_____ a, pour sa part, indiqué à la chambre de céans qu'elle avait remplacé un pont ancien qui était devenu obsolète avec le temps et que ce dernier avait très certainement été à l'origine de l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire du patient. Elle a ainsi confirmé le rôle causal du bridge remplacé. L'avis médical du Dr D_____ va dans le même sens, puisqu'il considérait le bridge comme étant l'élément perturbateur le plus important qu'il fallait enlever. Il y a lieu de prendre l'avis médical du Dr G_____ avec réserve, dès lors que ce dernier a affirmé, faussement, que le Dr D_____ et la Dresse E_____ confirmaient que le problème du patient était clairement une arthrose articulaire. L'avis médical du Dr F_____, qui conteste l'existence d'une arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire, est peu convaincant dès lors qu'une lésion dégénérative a clairement été identifiée par IRM. Après analyse des différents avis médicaux, il apparaît ainsi, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que les douleurs ressenties par le recourant étaient dues au bridge qui n'était plus adapté à sa bouche et non à de l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire. Dans ces circonstances, il apparaît superflu de faire procéder à une expertise, les faits étant suffisamment établis. Il résulte des considérations qui précèdent que le traitement en cause n'était pas dû à de l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire et que l'intimée n'avait par conséquent pas à le prendre en charge en application des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 let. d ch. 1 OPAS. 7. La seconde question à trancher est de déterminer si le traitement en cause résulte d'un accident couvert par l'assurance-maladie. 8. Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (let. b). Selon l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1 al. 2 let. b. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique et qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). Est victime d'un accident celui qui se blesse une dent à la suite d'un heurt contre le volant d'une auto-tamponneuse (ATF 134 V 72). De même, le bris d'une dent est accidentel lorsqu'il s'est produit au contact d'un élément dur extérieur à l'aliment consommé, de nature à causer la lésion incriminée. Pour qu'une lésion du système de la mastication soit retenue, il faut que la dent atteinte par l'accident ne remplisse plus normalement sa fonction de mastication comme elle le faisait auparavant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_985/2010 du 20 avril 2011 consid. 5.4). 9. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les

références, RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2; VSI 2000 p. 201 consid.

2d).> Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). En matière d'application du droit dans le temps se pose la question des frais de traitement pour les séquelles tardives ou les rechutes d'accidents qui se sont produits avant l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996, lorsque ni un assureur social tenu prioritairement selon l'art. 110 OAMal, ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, LAMal n'ont à en répondre. Selon le système de la loi et les buts fixés par le législateur, c'est normalement à l'assurance-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement qu'il incombe de prêter. Cette règle découle au demeurant de la disposition de l'art. 103 al. 1 LAMal qui se réfère à la date du traitement et non pas par exemple à celle de l'événement assuré ou de l'envoi de la facture. En matière d'assurance-maladie en effet, la date de la survenance de la maladie ou de sa première apparition n'est pas décisive pour déterminer l'obligation de prêter de l'assurance. Au vu de l'art. 28 LAMal qui met sur un pied d'égalité les prestations en cas de maladie et d'accident, on doit en déduire que lorsque les conditions de l'art. 1er al. 2 let. b LAMal sont données, il en va de même de la prise en charge par l'assureur-maladie, tenu au moment du traitement, des soins pour les suites tardives ou la rechute d'un accident. Comme l'art. 31 al. 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causés par un accident selon l'art. 1 al. 2 let. b, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de prêter de l'assurance-maladie (cf. RAMA 1998 no KV 33 p. 284 consid. 2). 10. En l'espèce, il est établi avec un degré de vraisemblance prépondérante que le bridge du recourant, remplacé en 2012, a dû être posé en 1983, en raison des suites d'un accident, subi par ce dernier en 1973, lors duquel une de ses dents a été lésée. Il est également suffisamment établi qu'il n'était pas couvert par une assurance-accident au moment de l'accident. Même si ces faits sont anciens et que le recourant n'est pas à même de les prouver par pièces, ses déclarations à ce sujet apparaissent crédibles. La Dresse E_____ a confirmé qu'il était clair que le premier bridge devait être dû à un accident. Aucun élément du dossier ne laisse penser qu'il pourrait y avoir une origine autre qu'accidentelle au bridge concerné. Par ailleurs, si le recourant était couvert par une assurance-accident au moment de son accident, on voit mal pourquoi il ne l'aurait pas indiqué. Enfin, si le recourant n'a pas invoqué l'accident dans sa demande de prise en charge de son traitement à l'intimée, mais seulement dans un second temps, cela ne remet pas en cause sa crédibilité. Il apparaît en effet tout-à-fait possible, et compréhensible, qu'il n'ait pas pensé à faire état de l'accident subi en 1973, vu son ancienneté et le fait qu'il avait des raisons de penser que le traitement en cause était en lien avec une maladie, ce qui a été discuté et non retenu par la chambre de céans.> Le remplacement du premier bridge, devenu obsolète, apparaît ainsi comme une séquelle tardive d'un traitement d'une lésion du système de la mastication causée par un accident, non couvert par une assurance-accidents. Les conditions d'application des art. 1a al. 2 let b et 31 al. 2 LAMal sont donc remplies et l'intimée doit prendre en charge le traitement en cause. 11. Le recours sera admis, la décision du 28 mai 2014 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des

considérants ![/endif]>[/if> 12. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).![/endif]>[/if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![/endif]>[/if> Au fond : 2. L'admet.![/endif]>[/if> 3. Annule la décision sur opposition de KPT/CPT CAISSE-MALADIE du 28 mai 2014.![/endif]>[/if> 4. Renvoie le dossier à cette dernière pour nouvelle décision au sens des considérants.![/endif]>[/if> 5. Dit que la procédure est gratuite.![/endif]>[/if> 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![/endif]>[/if> La greffière Brigitte BABEL La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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