

GE_GERICHTE A/717/2015 vom 3. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_717_2015

FR: GE_GERICHTE A/717/2015 du 3 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/717/2015 del 3 dicembre 2015

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, représenté par son épouse, Madame A_____ domicilié à GENEVE recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1969, est au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis mai 2001. Il souffre de plusieurs maladies psychiques graves et de crises d'épilepsie. ^{2.} L'intéressé est assuré auprès de Mutuel assurance maladie SA (ci-après: l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accidents. ^{3.} Dans une contestation antérieure ayant opposé les mêmes parties, le Tribunal cantonal des assurances sociales – TCAS – (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a considéré, par arrêt du 17 décembre 2008 (ATAS/1487/2008), qu'il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les lésions dentaires de l'assuré avaient été provoquées par la prise, durant plusieurs années, d'une combinaison de médicaments psychotropes et que le traitement de ces lésions n'aurait pas pu être évitées. De plus, le TCAS avait estimé qu'en tant que l'assuré souffrait de crises d'épilepsie et de sécheresse buccale, cette deuxième affection – également induite par la prise de médicaments psychotropes – diminuait le pouvoir adhésif d'une éventuelle prothèse dentaire, d'où un risque d'étouffement par avalement de celle-ci lors de crises convulsives. Ainsi, un traitement par implants dentaires se révélait efficace, adéquat et économique et devait par conséquent être pris en charge par l'assureur. Le fait que ce traitement ait été prodigué en France n'y changeait rien dans la mesure où l'assureur avait manqué à son devoir de conseils en omettant d'attirer l'attention de l'assuré sur le fait que les conditions pour une prise en charge du traitement à l'étranger n'étaient pas réalisées. ^{4.} Par arrêt du 14 octobre 2009, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours interjeté par l'assureur contre cet arrêt, motif pris que le lien de causalité entre le manquement au devoir de conseils et le comportement de l'assuré – préjudiciable à ses intérêts – n'était réalisé que pour une partie des frais. Pour le surplus, le Tribunal fédéral a estimé que dans la mesure où les parties ne contestaient pas, « à juste titre », les considérations des premiers juges sur les conséquences de la protection de la bonne foi de l'assuré et sur la prise en charge des soins dentaires occasionnés par une maladie psychique grave avec des répercussions sur la fonction de mastication, l'assuré avait droit au remboursement du traitement dentaire litigieux pour les frais qui étaient postérieurs à la demande de prise en charge du 18 octobre 2006 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 4.3). ^{5.} Par la suite, un litige a encore opposé les parties au sujet de frais de chirurgie implantaire à hauteur de CHF 7'617.10, montant dont l'assureur, statuant sur opposition le 10 février 2011, avait refusé la prise en charge dans un premier temps. Suite au recours de l'assuré, l'assureur a accepté le remboursement du montant réclamé et la chambre de céans en a pris acte par arrêt du 31 août 2011 (ATAS/822/2011). ^{6.} Le 19

septembre 2013, l'assuré a transmis à l'assureur un devis pour une couronne de la dent n° 23 de CHF 2'123.-!
7. Par courrier du 10 janvier 2014, l'assureur a informé l'assuré qu'il prendra partiellement en charge ces frais. Sa participation se limitera au traitement endodontique et à la reconstitution en composite, dès lors que la réalisation d'une couronne ne pouvait être considéré comme un traitement économique, adéquat et approprié.
8. Par courrier du 15 janvier 2014, l'assuré a formé opposition au refus partiel des prestations.
9. Par courrier du 12 février 2014, l'assureur a maintenu son refus de prestations partiel, se prévalant d'un avis de son médecin-dentiste, selon lequel il n'était pas indiqué de confectionner une couronne céramo-métallique, compte tenu du peu de perte de substance coronaire sur la dent n° 13 (recte 23).
10. Le 3 avril 2014, l'assuré a transmis à l'assureur un devis du même jour, d'un montant de CHF 12'568.75, établi par le docteur B_____, médecin-dentiste auprès du cabinet C_____ SA, pour la confection d'une couronne des dents n° 16 et n° 23, la mise en place de trois implants dans les régions 16, 24 et 26, ainsi que la confection d'un pont de trois éléments 26=26 implantoporté.
11. Par courrier du 16 mai 2014, l'assureur a informé l'assuré qu'il avait soumis le devis du Dr B_____ du 3 avril 2014 à son médecin conseil. Selon ce dernier, le traitement envisagé ne correspondait pas aux critères d'adéquation et d'économicité et ne pouvait donc pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. En revanche, il existait bien un traitement efficace, approprié et économique. Celui-ci consistait à extraire les dents n° 17, 23, 25 et 27 et à les remplacer par une prothèse partielle à châssis coulé. Ainsi, l'assureur a invité l'assuré à lui faire parvenir un nouveau devis.
12. Par courrier du 26 mai 2014, l'épouse de l'assuré a informé notamment l'assureur que le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) l'avait désignée en qualité de curatrice et qu'ainsi, elle représentait son mari dans ses rapports avec les tiers.
13. Le 25 juin 2014, l'assuré, agissant par l'entremise de son épouse, a formé opposition à la décision du 16 mai 2014, invitant l'assureur à annuler cette dernière et à prendre en charge les frais dentaires conformément au devis du 3 avril 2014 d'un montant de CHF 12'568.75. L'assuré s'est notamment référé à sept rapports médicaux, établis entre 2003 et 2006, qui avaient déjà été transmis à l'assureur en décembre 2006, dans la cadre de la procédure A/2751/2007 qui s'était conclue, sur le plan cantonal, par l'arrêt ATAS/1487/2008 du 17 décembre 2008. Il a rappelé qu'à cette époque, les médecins avaient privilégié la pose d'implants, compte tenu du risque d'étouffement lié au port d'une prothèse amovible partielle à châssis coulé en cas de crise d'épilepsie.
14. A l'appui de ses dires, l'assuré a produit une attestation du Dr B_____ du 24 juin 2014. Selon ce praticien, la proposition de traitement de l'assureur semblait contre-indiquée et dangereuse au vu de la situation actuelle et des antécédents médicaux du patient, à savoir l'inhalation d'un ancien appareil dentaire (solution amovible) lors d'une crise d'épilepsie, événement qui avait provoqué une asphyxie. En revanche, un traitement implantaire (solution fixe) semblait constituer la solution adéquate pour l'assuré.
15. Le 28 juillet 2014, l'assureur a maintenu sa décision de refus de prise en charge du 16 mai 2014. Selon l'avis du médecin-dentiste, la structure osseuse au niveau du maxillaire contre-indiquait la pose d'implants dentaires.
16. Le 27 août 2014, l'assuré a transmis à l'assureur un rapport de consultation du 20 août 2014 établi par le docteur D_____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale FMH, respectivement en chirurgie orale et implantologie SSOS. Ce dernier avait été approché par le Dr B_____ pour évaluer une éventuelle réhabilitation implantaire du second quadrant après extraction des dents 27 et 24. Au status, le Dr D_____ notait une

bonne cicatrisation des sites d'extraction, avec une gencive bien kératinisée. Les dimensions supra-crestales étaient adéquates. Une tomographie panoramique du 20 août 2014 démontrait une hauteur subsinusienne supérieure à 10mm en région 25 et inférieure à 5mm en région 26. En conclusion, la situation était favorable à la pose d'un implant en position 25. La molarisation de cette dent permettrait d'éviter la pose d'un implant en position 26 – ce qui nécessiterait alors un sinus lift – tout en offrant une occlusion suffisante avec la 36.!

17. Prenant position en qualité de médecin-dentiste conseil de l'assureur, le Dr E_____ a relevé, dans son rapport du 30 octobre 2014, un édentement partiel du maxillaire. Les dents 24 et 25 manquaient, ainsi que toutes les molaires. Après avoir examiné le bilan radiologique et le rapport du Dr D_____, il lui paraissait évident que la situation osseuse ne permettait pas la pose d'implants dentaires dans les régions 16 et 26. Il était donc inadéquat d'envisager de placer une restauration fixe comme une couronne implantoportée au niveau du quadrant 1 ou un pont implantoporté au niveau du quadrant 2. La hauteur osseuse dans ces régions était insuffisante et ne permettait pas de placer des implants dentaires. De plus, le traitement proposé n'était pas économique puisqu'il était possible de restaurer à moindre coût la fonction masticatoire au moyen d'une prothèse amovible supérieure. Par ailleurs, il était formellement contre-indiqué de placer des implants dentaires endo-osseux chez un patient présentant des problèmes médicaux graves – psychose dans le cas particulier. Enfin, une radiographie panoramique montrait que l'assuré avait perdu de nombreuses dents et que les dents restantes étaient réparées pour la plupart. L'état bucco-dentaire de l'assuré reflétait ainsi une très grande difficulté à suivre un entretien personnel. Dans ces conditions, il n'était pas indiqué de proposer des traitements par implants dentaires au risque d'aller au-devant de complications sévères pouvant prendre la forme, localement, de péri-implantites ou, généralement, d'infections.!

18. Par « décision formelle » du 3 novembre 2014, l'assureur a refusé la prise en charge de l'intervention devisée à CHF 12'568.75 par le Dr B_____. En lieu et place, il s'est déclaré prêt à assumer les frais de confection d'une prothèse amovible supérieure, estimés à CHF 2'665.25, en se fondant sur le rapport du Dr E_____.!

19. Le 9 novembre 2014, l'assuré a formé opposition à cette décision, en soulignant que le Tribunal fédéral avait précédemment confirmé la solution retenue par les juges cantonaux, retenant que l'assuré avait droit à la prise en charge du traitement par implants dentaires.!

20. Par avis du 18 janvier 2015, le Dr E_____ a complété ses précédentes observations en soulignant qu'il n'avait pas non plus échappé au Dr D_____ que la hauteur osseuse au niveau des quadrants I et II était insuffisante pour des implants dentaires. En effet, dans son rapport du 20 août 2014, ce praticien avait constaté une hauteur osseuse inférieure à 5mm en région 26. Or, cette hauteur insuffisante impliquait une intervention supplémentaire de greffe osseuse (sinus-lift), soit un geste chirurgical associé à une série de risques. En outre, l'assuré présentait également un édentement distal à la 36. Ainsi, une partie du pont 24-26 ne serait pas en occlusion puisque les dents antagonistes étaient absentes. Dans ces circonstances, la solution envisagée par le Dr B_____ n'apportait pas non plus de bénéfice fonctionnel. Du reste, ceci était également souligné par le Dr D_____ puisque ce praticien faisait référence à une « molarisation » de la 25, soit à un élargissement de cette dernière pour éviter la confection d'un pont CCM 24-26.!

21. Par décision du 3 février 2015, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 3 novembre 2014 en se rangeant aux avis exprimés par le Dr E_____. Pour le surplus, il a estimé que l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 portait davantage sur la prise en charge d'un traitement volontaire à l'étranger que sur la nature même de celui-ci, de sorte que cet

arrêt n'était pas pertinent dans le cas d'espèce. 22. Par acte du 28 février 2015, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 3 février 2015, concluant à son annulation et à ce que l'assureur soit condamné à payer la somme de CHF 11'224.95, « à reconnaître le crédit en notre faveur de CHF 1'482.35 à imputer aux soins dentaires, état comptable du 23 juillet 2014 » et « à accepter d'imputer le crédit de CHF 1'482.35 au devis n° 12'642'031 du 8 décembre 2014 de CHF 11'224.95 » de C_____. A. Il avait échappé à l'intimée qu'en tant que le rapport de consultation du Dr D_____, du 20 août 2014 indiquait qu'une molarisation de la dent 25 permettait d'éviter la pose d'un implant en position 26, le Dr B_____ avait tenu compte de cette remarque et modifié son devis initial du 3 avril 2014 par un nouveau devis, du 8 décembre 2014, d'un montant de CHF 11'224.9. En outre, dans un devis n° 12'642'024 du 10 septembre 2013, le Dr B_____ avait estimé à CHF 2'123.- (CHF 1'323.- pour les prestations, CHF 800.- pour le matériel), le coût d'une intervention distincte consistant en la pose d'une couronne provisoire en résine directe et d'une couronne céramo-métallique sur la dent 23. Dans la mesure où l'assureur avait confirmé une prise en charge partielle de ce devis pour un traitement endodontique et une reconstitution en composite de la dent 23 le 10 janvier 2014 (pièce 28 recourant), il estimait qu'un montant de CHF 1'482.35 (= CHF 2'123.- sous déduction du coût de la couronne céramo-métallique refusée par l'assureur, chiffré à CHF 640.65 par le recourant) devait être imputé sur le devis du 8 décembre 2014 de CHF 11'224.95, puisque ce dernier incluait le traitement de la dent 23. Au demeurant, aucun problème postopératoire n'avait été constaté à la suite des traitements par implants endo-osseux qui avaient été prodigués par le docteur CARO en France en 2006. Même si de l'avis du Dr E_____, les radiographies effectuées par le Dr D_____ montraient que le recourant avait perdu de nombreuses dents et que celles qui restaient étaient réparées pour la plupart, le recourant n'en estimait pas moins que l'état de sa dentition confirmait qu'il avait tout entrepris pour une conservation de ses dents moyennant une reconstitution endodontique. En tant que le Dr E_____ déduisait de l'état bucco-dentaire « une très grande difficulté à suivre un entretien personnel », il considérait que ce reproche était infondé puisqu'il était suivi par une hygiéniste dentaire à raison de trois à quatre fois par an (pièce 36 recourant) et que son épouse – qui avait travaillé durant de nombreuses années dans le domaine de l'orthodontie – observait de très près son hygiène buccale à domicile. Enfin, comme il l'avait déjà exposé dans la précédente cause, il était connu pour une pathologie de l'épilepsie du type « grand mal/tonico-clonique » avec pertes de conscience et avait failli s'étouffer avec une prothèse amovible lors d'une crise d'épilepsie généralisée avec perte de conscience en date du 8 novembre 2004. À cet égard, il y avait lieu de relever que le Dr E_____ confondait « s'étouffer » et « avaler » tout en se référant, mal à propos, à un article paru dans une revue spécialisée. Cette publication mentionnait en effet qu'il était contre-indiqué d'opter pour une prothèse amovible partielle unilatérale, compte tenu du risque d'absorption de celle-ci. 23. Par avis du 30 avril 2015, le Dr E_____ a expliqué que le design d'une prothèse amovible supérieur en 2014 était relativement plus volumineux que celui de la prothèse amovible inférieure de 2004. Aussi était-il difficile d'avalier le modèle de prothèse proposé en 2014, compte tenu de ses dimensions. De plus, il existait également des patients munis de prothèses fixes qui les avaient avalées. En 2004, la situation osseuse mandibulaire était sans doute propice à la pose d'implants dentaires. En revanche, en 2014, l'état du maxillaire ne permettait pas la pose d'implants dentaires. Ainsi, la proposition de traitement du Dr B_____ n'était non seulement pas économique, elle était inadéquate et inefficace. Par opposition, la confection

et la pose d'une prothèse partielle amovible maxillaire offrait une solution efficace, économique et adéquate. Sous l'angle de ce dernier critère, le risque d'avaler une telle prothèse était en effet négligeable. Enfin, prenant position au sujet de l'arrêt ATAS/1487/2008, le Dr E_____ a indiqué que si la sécheresse buccale diminuait le maintien d'une prothèse totale, la situation du recourant était différente, s'agissant d'une prothèse partielle. Pour ce dernier type de prothèse, la salive avait certainement moins d'importance dans le maintien de la prothèse.!

24. Par acte du 1^{er} mai 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 28 février (recte : 3 février) 2015. Prenant position au sujet de l'avis du 8 novembre 2004 de la doctoresse G_____ – lequel relevait que lors d'une crise d'épilepsie en 2004, l'appareil dentaire du recourant s'était détaché et bloqué au fond de sa gorge, entravant ainsi gravement la respiration pendant la crise (pièce 38 p. 2 recourant) –, l'intimée a indiqué qu'en 2004, le recourant présentait un édentement partiel mandibulaire et non pas un édentement maxillaire comme à l'heure actuelle. De plus, les implants amovibles de la dernière génération n'avaient de toute façon plus rien à voir avec les implants qui existaient à l'époque. La prothèse amovible recommandée par le Dr E_____ était spécifiquement munie de selles et d'une connexion principale sous forme de faux palais. Compte tenu de ses dimensions, l'inhalation d'une telle prothèse était quasiment impossible. Du reste, la note du Dr B_____ du 24 juin 2014 faisait expressément référence à l'inhalation d'un « ancien appareil dentaire ». Par ailleurs, le Dr E_____ avait précisé qu'il existait également un risque d'étranglement avec des prothèses dentaires fixes. A cela s'ajoutait que l'état de santé du recourant semblait nécessiter la présence permanente d'une tierce personne. De ce fait, les risques d'inhalation engendrant de graves répercussions pour l'assuré étaient également limités. Partant, le traitement proposé par le Dr E_____ était en parfaite adéquation avec la situation particulière du recourant. Sous l'angle de l'économicité du traitement, le traitement envisagé par C_____ SA, devisé à CHF 12'568.75, était non seulement plus coûteux que la prothèse amovible préconisée par le Dr E_____, mais présentait aussi de nombreux inconvénients mis en exergue par ce médecin-conseil. Par opposition, la solution préconisée par le Dr E_____ à savoir la pose d'une prothèse amovible, était estimée à CHF 2'665.25 et offrait de nombreux avantages.!

25. Par écriture spontanée du 22 mai 2015, le recourant a relevé que l'intimée ne s'était pas déterminé sur le « devis définitif » du 8 décembre 2014 de C_____ SA, d'un montant de CHF 11'224.95.!

26. Par courrier du 7 septembre 2015, la chambre de céans a attiré l'attention de l'intimée sur le fait que toute l'instruction médicale du cas avait été menée à la lumière du précédent devis du 3 avril 2014, d'un montant de CHF 12'568.75. Or, ce dernier prévoyait des solutions techniques (pont 24-26) qui n'étaient apparemment plus d'actualité. En conséquence, elle a invité l'intimée à soumettre le devis du 8 décembre 2014 à son médecin-dentiste conseil et, dans un deuxième temps, à faire part de ses remarques en y joignant l'avis de ce médecin.!

27. Dans son avis du 20 septembre 2015, le Dr E_____ a considéré que la réduction de trois à deux éléments CCM implantoportés n'enlevait rien à la portée de ses précédents avis, qui s'appliquaient donc également au devis du 8 décembre 2014. Aussi proposait-il une nouvelle fois la confection d'une prothèse partielle amovible supérieure en lieu et place d'une solution prothétique fixe implantoportée pour remplacer les dents 16, 24 et 25. !

28. Dans ses observations du 6 octobre 2015, l'intimée a indiqué qu'il n'existait pas de grandes différences entre les deux devis et s'est fondé sur l'avis du Dr E_____ précité.!

29. Par acte du 2 novembre 2015, le

recourant a soutenu que le Dr E _____ avait omis d'apprécier le cas sous l'angle de l'épilepsie du type « Grand mal / tonico-clonique » avec perte de connaissance. Au lieu de quoi, ce médecin-dentiste avait fait état d'une psychose, diagnostic qui n'avait jamais été retenu par les spécialistes et les experts en psychiatrie et neuropsychiatrie qui l'avaient examiné. En outre, le recourant a produit un devis révisé n° 12'642'042, daté du 2 novembre 2015, d'un montant de CHF 10'597.20, tenant compte de l'évolution médicale le concernant et a maintenu son recours.!

30. Sur quoi, 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 - 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).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.!

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).!

4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).!

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 , 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1). a. L'objet du litige porte sur la question de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de traitements dentaires consistant dans une solution prothétique fixe reposant sur des implants. Dans la mesure où le recourant reconnaît n'avoir transmis à l'intimé le devis du 8 décembre 2014, de CHF 11'224.95, qu'au moment du dépôt du recours (cf. mémoire de recours p. 5, 4 ème paragraphe in fine), le litige devrait en principe porter sur la prise en charge de la solution prévue dans le précédent devis du 3 avril 2014, de CHF 12'568.75. En effet, l'intimée était seulement en possession de celui-ci lorsqu'il a pris la décision formelle du 3 novembre 2014 et la décision sur opposition du 3 février 2015. Toutefois, étant donné que le recourant ne prend de conclusions qu'en fonction du devis du 8 décembre 2014, qu'il qualifie de « définitif », et que l'intimée a eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet – étroitement lié au devis initial –

dans ses observations du 6 octobre 2015, il se justifie, à titre exceptionnel, d'entrer en matière sur la question de la prise en charge des traitements dentaires prévus par le devis du 8 décembre 2014. En revanche, le troisième devis révisé du 2 novembre 2015, lequel ne comprend plus le traitement de la dent n° 16, mais par contre ajoute un traitement de la dent n° 43, ne fait pas l'objet du litige. 5.

a. 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).

b. Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33. S'agissant plus particulièrement des soins dentaires, l'art. 31 al. 1 LAMal prévoit les conditions auxquelles est soumise leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins : ils doivent être occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou alors doivent être nécessaires pour traiter une maladie grave et ses séquelles (let. c).

c. En application de 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 20 septembre 1995 (OPAS – RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues par l'art. 31 al. 1 LAMal. Ces dispositions concrétisent ainsi les cas dans lesquels les soins dentaires prodigués relèvent des prestations obligatoires. L'art. 17 OPAS, édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. L'art. 18 OPAS – qui concrétise l'art. 31 al. 1 let. b LAMal – énumère les autres maladies susceptibles d'occasionner des soins dentaires; 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 dernier (al. 1). Toutefois, les prestations ne sont prises en charge que si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil (al. 2). Font notamment partie des « autres maladies » les maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication (art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS) Bien que les art. 31 al. 1 let. b LAMal et 18 OPAS ne le mentionnent pas expressément, ces dispositions n'ouvrent le droit à des prestations de l'assurance obligatoire des soins qu'en présence de maladies évitables du système de mastication, à l'instar de ce que prévoient les art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS (ATF 128 V 70 consid. 4a). Selon la jurisprudence, est « évitable » toute maladie du système de mastication, notamment la carie et la parodontite, qui peuvent être évitées par une bonne hygiène buccale et dentaire (ATF 125 V 19 consid. 3a ; RAMA 2002 p. 109 consid. 3b ; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1). Selon l'art. 19 OPAS, édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal, l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis. Enfin, l'art. 19a OPAS concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales. La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 127 V 391 consid. 1; 124 V 193 consid. 4 et 347 consid. 3a).

d. Aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'art. 56 al. 1 LAMal dispose que le fournisseur de prestations doit limiter celles-ci à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. L'alinéa 2 de cette disposition précise que la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une prestation est efficace lorsqu'on

peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2 ; ATF 128 V 159 consid. 5c/aa; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 n° KV 132 p. 279). Le caractère approprié/adéquat 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). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a). 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; RAMA 1998 p. 1). 6. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 7. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). a. 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 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). b. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). d. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

8. Dans l'arrêt ATAS/1487/2008, le TCAS a d'ores et déjà admis que le recourant souffre de plusieurs maladies psychiques graves, nécessitant la prise de médicaments psychotropes et que les lésions dentaires sont consécutives à cette médication. Il a également admis qu'en termes d'hygiène bucco-dentaire, le recourant a fait tout ce qui était en son pouvoir pour éviter une dégradation de ses dents, de sorte que les lésions dentaires qui ont entraîné une atteinte de la fonction masticatoire n'étaient pas évitables. Aussi, les conditions de l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS étaient réalisées. Tel doit également être admis en l'espèce, la situation médicale du recourant n'ayant pas changé. Ainsi, bien que le Dr E_____ paraisse mettre en doute le caractère évitable de l'atteinte au système de mastication, en relevant le mauvais état de la dentition, il sied de reconnaître que les troubles psychiques du recourant et les effets néfastes de la médication psychotrope sur la dentition n'auraient pas permis d'éviter une nouvelle dégradation de la dentition. En effet, le recourant continue d'être régulièrement suivi par une hygiéniste dentaire (pièce 36 recourant) et il n'existe pas de raison objective de remettre en cause le fait que l'épouse du recourant – qui avait travaillé durant de nombreuses années dans le domaine de l'orthodontie – observe de très près son hygiène buccale à domicile (cf. ATAS/1487/2008 p. 15). Du reste, l'intimé ne conteste pas en définitive le caractère inévitable de l'atteinte à la dentition. Sans quoi, il ne proposerait pas de prendre en charge la confection et l'adaptation d'une prothèse amovible à titre alternatif.

9. S'agissant du caractère adéquat du traitement, le TCAS a jugé en 2008 que la pose d'une prothèse amovible était contre-indiquée et dangereuse, étant donné que le recourant avait failli s'étouffer avec une prothèse lors d'une crise d'épilepsie. A cela s'ajoutait que la prise de certains médicaments

comportait un risque de sécheresse buccale et donc de diminution du maintien d'une prothèse totale. Ainsi, seul le traitement implantaire était efficace et adéquat. Dans ces conditions, il n'y avait pas lieu d'examiner plus loin la question de l'économicité du traitement. Cette solution a été confirmée par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 4.3). Dans le cadre de la demande de prise en charge du devis du 8 décembre 2014, les parties s'opposent sur l'adéquation des deux variantes de traitement. Le recourant fait valoir en substance que la pose d'implants fixes sur le maxillaire constitue la seule solution efficace et adéquate. Pour sa part, l'intimée conteste à la fois l'efficacité, l'adéquation et l'économicité d'une solution prothétique fixe et soutient que le risque d'inhalation/absorption de la prothèse proposée en 2014 serait négligeable. Dans ses avis des 30 octobre 2014, 18 janvier, 30 avril 2015 et 20 septembre 2014, le Dr E_____ retient pour l'essentiel que si les prothèses amovibles partielles unilatérales sont effectivement à proscrire en raison d'un risque plus élevé d'absorption, les prothèses conçues pour les patients présentant un édentement bilatéral – ce qui est le cas du recourant – constituent un traitement acceptable. Ces prothèses sont en effet munies de selles pour remplacer les dents manquantes et d'une connexion principale – faux palais – qui relie ces selles. Les dimensions de ces parties font qu'il est difficile d'avaler une telle prothèse bilatérale. Comme celle-ci est partielle, la salive a certainement moins d'importance pour son maintien que s'il s'agit d'une prothèse totale. Même si dans les deux cas, en 2004 comme en 2014, l'on est en présence d'un édentement bilatéral postérieur, le design d'une prothèse amovible supérieure en 2014 est relativement plus volumineux que ne l'était celui de la prothèse amovible inférieure de 2004, dont la connexion principale correspondait à une barre linguale métallique de plus petite taille qu'une plaque palatine.. Certes, le Dr E_____ n'a pas examiné personnellement le recourant. Il s'est toutefois fondé notamment sur les rapports des Drs B_____ et D_____ – établis à la suite d'un examen personnel – et en particulier sur des radiographies récentes révélant l'état de la structure osseuse du maxillaire et de la dentition du recourant (pièce 8 p. 2 ss intimé). Au regard de ces éléments, il apparaît que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, que la description des interférences médicales est claire et que les conclusions du Dr E_____ sont bien motivées. Sa conclusion que le recourant ne risque pas de s'étouffer avec une prothèse bilatérale de la nouvelle génération, est également convaincante. En effet, dès lors que la connexion consiste en une plaque palatine, il ne paraît pas concevable, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une telle prothèse puisse glisser dans la gorge et s'y coincer, avec un risque d'étouffement. Le recourant soutient pour sa part que le Dr E_____ confond « s'étouffer » et « avaler » tout en se référant à tort à un article scientifique dont les conclusions ne laisseraient planer aucun doute sur les risques d'ingestion d'une prothèse. Par ailleurs, ce médecin omettrait d'apprécier le cas sous l'angle de l'épilepsie du type « Grand mal / tonico-clonique » avec perte de connaissance. Au lieu de quoi, il préférerait faire état d'une psychose, diagnostic n'ayant jamais été retenu par les spécialistes et les experts en psychiatrie et neuropsychiatrie qui l'ont examiné. Ces critiques ne remettent pas en cause les conclusions du Dr E_____. La publication à laquelle le recourant se réfère traite spécifiquement des risques d'ingestion de prothèses unilatérales (pièce 19 p. 4 ss intimé) – et non bilatérales, seules envisageables dans le cas concret. Par ailleurs, même si l'on ignore sur quel(s) rapport(s) le Dr E_____ se fonde pour faire état d'une « psychose », il apparaît que la psychose est invoquée à titre exemplatif parmi les autres problèmes médicaux graves du recourant. Il est vrai que le Dr E_____ ne se réfère pas expressément aux crises d'épilepsie du recourant, ni au rapport de la Dresse G_____ du 8 novembre

2004. Il n'en demeure pas moins qu'il se penche sur les conséquences de la crise d'épilepsie de novembre 2004 en insistant sur la réduction très significative des risques d'ingestion/d'inhalation de la nouvelle prothèse par rapport à l'ancienne à la lumière des spécificités techniques déjà évoqués plus haut. L'attestation du Dr B _____ du 24 juin 2014 ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions du Dr E _____. En effet, elle se borne à justifier le caractère contre-indiqué de la solution prothétique amovible en se référant à l'inhalation de l'ancienne prothèse lors d'une crise d'épilepsie en 2004. Quant au rapport de consultation du Dr D _____ du 20 août 2014, il ne se prononce pas sur l'alternative prothétique amovible proposée par le Dr E _____. Partant, ce rapport ne remet pas non plus en cause les conclusions claires et motivées du médecin-conseil de l'intimée. Cela étant, il doit être admis qu'une prothèse amovible bilatérale constitue en l'occurrence un traitement approprié. 10. Il ne peut non plus être nié qu'une telle prothèse permettrait de rétablir l'entier de la fonction masticatoire, de sorte qu'il s'agit d'un traitement efficace. 11. Se pose dès lors la question de savoir si néanmoins le recourant peut prétendre à un traitement consistant en implants et couronnes, sous la réserve de l'efficacité et de l'adéquation d'un tel traitement. En l'espèce, le coût d'un tel traitement est estimé à au moins CHF 10'597.20, selon le dernier devis produit par le recourant, alors que les frais d'une prothèse amovible bilatérale sont évalués à CHF 2'665.25. La pose d'implants et de couronnes serait donc plus de quatre fois plus chère. Ainsi, compte tenu de ce qu'une prothèse bilatérale constitue en l'occurrence un traitement efficace et adéquat, l'on ne saurait exiger de l'assurance obligatoire des soins la prise en charge de la réalisation du traitement par implants endo-osseux. 12. Au vu de ce qui précède, les questions de l'efficacité et l'adéquation du traitement requis peuvent rester ouvertes. Il convient toutefois de relever que la production de plusieurs devis consécutifs, modifiant à chaque fois les solutions techniques proposées, jette plutôt le discrédit sur le traitement envisagé. 13. En conséquence, le recours sera rejeté. Il sera par ailleurs donné acte à l'intimée de ce qu'elle s'engage à assumer le coût correspondant à un traitement endodontique et à la reconstitution en composite de la dent n° 23 et à verser la somme de CHF 2'665.25 correspondant au coût d'une prothèse supérieure. 14. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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