

GE_GERICHTE A/731/2013 vom 12. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_731_2013

FR: GE_GERICHTE A/731/2013 du 12 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/731/2013 del 12 dicembre 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric recourant contre GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, Service juridique, avenue Perdtemps 23, NYON intimée EN FAIT 1. Monsieur C _____ (ci-après : l'assuré), né en 1949, travaille depuis le 1^{er} août 2010 en tant que gérant, exploitant et responsable du restaurant X _____. En cette qualité, il est assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après : l'assurance).¹ 2. Le 20 septembre 2010, l'assuré a glissé dans les escaliers sur son lieu de travail. Dans sa chute, il s'est cassé deux dents ainsi que son appareil dentaire supérieur (prothèse amovible). Le sinistre a été annoncé le 24 septembre 2010 à l'assurance, qui l'a pris en charge.² 3. Le Dr L _____, médecin-dentiste traitant, a rempli en date du 17 octobre 2010 un questionnaire relatif aux lésions dentaires subies par son patient. Il a en outre émis en date du 24 septembre 2010 un devis évaluant à 21'500 fr. 50 le coût du traitement envisagé.³ 4. L'assurance a soumis le dossier à son dentiste-conseil, le Dr M _____, qui a émis l'avis, en date du 8 novembre 2011, que la relation de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte devait être admise au degré de vraisemblance prépondérante mais que le plan de traitement établi par le Dr L _____ ne répondait pas à la condition de l'économicité. Selon le Dr M _____ – qui s'est exprimé sans avoir examiné l'assuré mais après avoir contacté par téléphone le dentiste-traitant –, une solution amovible aurait dû être préférée à une solution fixe.⁴ 5. En lieu et place du traitement préconisé par le Dr L _____, soit : - extraction des 4 incisives supérieures,⁵ - réparation provisoire de la prothèse partielle existante,⁶ - traitements des racines des 2 canines supérieures,⁷ - insertion de 8 implants supérieurs,⁸ - et mise en place d'un pont total supérieur fixe,⁹ le dentiste-conseil a suggéré le traitement suivant : - extraction des 4 incisives supérieures,¹⁰ - réparation provisoire de la prothèse partielle existante,¹¹ - mise en place d'une nouvelle prothèse supérieure amovible prenant appui sur les canines,¹² dont il a estimé le coût à 5'700 fr. Enfin, il a relevé que le dentiste-traitant avait d'ores et déjà procédé au traitement, sans attendre la prise de position de l'assurance. 6. Le 10 novembre 2011, l'assureur a informé l'assuré qu'il n'acceptait de prendre en charge son traitement qu'à hauteur de 5'700 fr. et lui a en conséquence réclamé le solde, soit 15'800 fr. 50.¹³ 7. Par courrier du 4 avril 2012, l'assuré a demandé à l'assureur de bien vouloir prendre en charge les deux tiers du montant des honoraires de la clinique, lesquels s'élevaient en tout, d'après une note d'honoraires datée du 2 février 2012, à 21'310 fr. 50.¹⁴ 8. L'assuré a en outre produit un certificat établi par le Dr N _____, médecin-dentiste, en date du 1^{er} mars

2012. Celui-ci y atteste avoir reçu l'assuré, lequel ne supportait pas la prothèse amovible rebasée par le Dr L_____ après son accident. L'assuré rencontrait des problèmes d'élocution et sa capacité à digérer était diminuée (réflexes nauséux). Il lui avait conseillé soit une prothèse sur implants pour réduire le volume du palais et améliorer la stabilité de l'appareil, soit la suppression de l'amovibilité de l'appareil, avec 6 à 8 implants. 7. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au dentiste-conseil. Le 19 avril 2012, le Dr M_____, après avoir examiné l'assuré en date du 17 avril 2012, a émis l'avis que l'intéressé avait « profité » de l'accident pour se faire refaire tout le maxillaire supérieur, alors que seules les 6 dents antérieures étaient concernées, de sorte que sa dentition était désormais « dans un nettement meilleur état qu'avant l'accident ». Il a cependant admis qu'en se montrant plus large dans l'évaluation des différentes prestations et frais de laboratoire, on pourrait augmenter la participation aux frais de traitement à 8'000 fr. !endif]>![if> Le dentiste-conseil a convenu que si le traitement effectué n'était pas économique, il était en revanche efficace, durable et approprié au cas de l'assuré (réflexes nauséux et problèmes d'élocution). Il a une nouvelle fois relevé que le traitement avait déjà été effectué. Enfin, il a relevé une erreur de calcul dans la facture du 2 février 2012, dont il a fait remarquer que le total devrait s'élever à 18'749 fr. 30 et non à 21'310 fr. 50. 8. Par décision du 1er juin 2012, l'assureur-accident, se référant à l'avis de son dentiste-conseil, a estimé que le traitement appliqué par la clinique n'était ni approprié ni économique et a proposé de ne prendre en charge le traitement qu'à hauteur de 8'000 fr. L'assurance, invoquant par ailleurs la convention conclue le 1er janvier 2000 entre la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) et les assureurs-accidents, a allégué être en droit de refuser de payer les travaux pour lesquels elle n'avait pas donné son consentement. !endif]>![if> 9. Par courriers du 19 juin 2012 – complété les 3 et 30 octobre 2012 –, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant en substance que l'intervention pratiquée était appropriée et économique puisqu'il n'existait pas d'alternative. Il a souligné que le dentiste conseil de l'assureur – dont il a relevé au passage qu'il n'était pas membre de l'association des médecins dentistes de Genève – lui-même avait admis que le traitement était efficace, durable et approprié. Enfin il a soutenu que la convention SSO était une res inter alia, qui ne saurait lui être opposée. !endif]>![if> A l'appui de sa position, l'assuré a produit un certificat du Dr L_____ daté du 25 octobre 2012. Le médecin y expliquait que l'assuré était porteur d'une prothèse amovible partielle avant son accident, que suite à celui-ci, il a fallu extraire certaines dents, ce qui a entraîné l'obligation de réaliser une prothèse amovible plus importante qui a eu pour conséquences de grosses difficultés d'élocution et de mastication et un inconfort insupportable. Dès lors, la seule solution consistait en la mise en place d'implants et de prothèses implantaires résolvant les problèmes esthétiques, phonétiques et fonctionnels. 10. Par décision du 28 janvier 2013, l'assurance-accidents a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 1er juin 2012. !endif]>![if> L'assurance a considéré que l'avis de son dentiste-conseil, rendu sur la base des pièces du dossier, mais aussi d'une prise de contact avec le dentiste-traitant et d'un examen de l'assuré le 17 avril 2012, avait été rendu en pleine connaissance de cause et devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant au fond, l'assurance a estimé que le traitement subi par l'assuré, dans la mesure où il avait consisté à refaire tout le maxillaire supérieur alors que seules six dents avaient été endommagées par l'accident, ne répondait pas au principe de l'économicité. En définitive, l'assurance s'en est tenue à sa proposition de ne prendre en charge les frais qu'à hauteur de 8'000 fr., étant précisé qu'au demeurant, la note d'honoraires du Dr L_____ était de toute façon surestimée car calculée avec une

valeur du point de 3 fr. 50 au lieu de 3 fr. 10, ce qui la ramenait à 18'949 fr. 30. 11. Par courrier du 28 février 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que l'assurance-accidents soit condamnée à prendre en charge la totalité des frais du traitement prodigué, avec suite de frais et dépens. 12. Le recourant soutient que le traitement qui lui a été appliqué était le seul possible pour pallier aux effets secondaires esthétiques, phonétiques et fonctionnels insupportables de la nouvelle prothèse amovible mise en place suite à l'accident. Il relève que le Dr M_____ a admis que ce traitement était "certainement efficace, durable et approprié". 12. Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 avril 2013, a conclu au rejet du recours. 13. Le recourant a persisté dans ses conclusions le 21 mai 2013. Il met en doute l'avis du Dr M_____, dont il relève qu'il semble n'avoir plus exercé depuis plusieurs années et qu'il n'est membre ni de la SSO, ni de l'AMDG. 14. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 11 juillet 2013. Le Dr L_____ a expliqué que, dans le cas du recourant, on est passé d'une prothèse amovible, fixée sur les 6 dents restant au recourant, à une prothèse fixe, suite à l'accident, car ce dernier a entraîné la perte de 2 dents et la mobilité de 2 autres, les rendant inutilisables et douloureuses. Il a donc fallu modifier la prothèse amovible, qui ne reposait plus que sur 2 canines, en adoptant un palais plus large et en ajoutant deux crochets très en avant dans la bouche et donc très visibles. Ces deux crochets, conjugués au palais volumineux, à l'instabilité de l'appareil et à l'âge du recourant, ont entraîné des problèmes fonctionnels et psycho-affectifs : il en a résulté un inconfort, des difficultés d'élocution importantes et, surtout, un sentiment d'affaiblissement esthétique. Le recourant était contraint de coller l'appareil avec un adhésif pour être sûr de ne pas le perdre en cours de discussion, étant rappelé que sa profession s'exerce en contact rapproché avec une clientèle. L'obstruction du voile du palais entraînait un réflexe de déglutition, des nausées et une hyper-salivation. Selon le dentiste-traitant, l'échec de la prothèse s'explique à la fois par le volume du palais et le nombre de dents utilisables après l'accident (2 canines). Avant l'accident, le recourant n'avait certes plus que 6 dents, mais cela restait suffisant pour stabiliser et faire une prothèse minimaliste (plaque très fine et peu longue). Le Dr L_____ a ajouté qu'il y avait deux solutions pour pallier aux problèmes exposés : soit une prothèse amovible avec 4 implants, qui suffisent à stabiliser la prothèse, soit une prothèse fixe avec 8 implants. Interrogé sur les motifs l'ayant conduit à préférer la seconde solution, le dentiste traitant a invoqué son expérience, selon laquelle, chez un patient de l'âge du recourant, le confort est amélioré avec une prothèse fixe. Cependant, il a reconnu qu'une prothèse amovible maintenue par 4 implants aurait également été minimaliste et aurait pu convenir ; le coût aurait été de 30% moins élevé. Le dentiste traitant a admis qu'une telle solution aurait été « un bon compromis et aurait permis au recourant de retrouver la situation qui était la sienne avant l'accident. » 15. Entendu à son tour, le Dr M_____, dentiste-conseil de l'intimée, a indiqué ne plus exercer depuis neuf ans. Il a expliqué que selon la convention SSO/CTM, les soins qui sont pris en charge doivent être économiques ; or, le recourant, avant son accident, avait une bouche dans un état moyen avec une prothèse traditionnelle simple comparable à une « 2 CV », alors que celle qui lui a été posée après l'accident pouvait être comparée à une "BMW". Le dentiste conseil a encore souligné que le dentiste traitant n'a à aucun moment proposé de plan de traitement à l'assurance, ainsi que le prévoit la convention. A la question de savoir si la prothèse modifiée suite à l'accident (avec notamment un palais plus volumineux et deux dents de soutien seulement) pouvait avoir comme conséquence un inconfort augmenté, des difficultés d'élocution, une hyper-salivation et un réflexe de

déglutition, le médecin a répondu par l'affirmative. Il a indiqué ne pas remettre en cause le traitement en lui-même, dont il ne conteste pas qu'il soit certainement efficace, durable et approprié, mais la manière dont les choses ont été faites, c'est-à-dire la manière dont l'assurance a été mise devant le fait accompli. Quant à la solution d'une prothèse amovible reposant sur 4 implants, elle lui a paru envisageable. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). 2. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. 3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à limiter sa prise en charge du traitement dentaire à 8'000 fr. au motif que les exigences d'économicité et de proportionnalité ne seraient pas remplies. Il n'est en revanche pas contesté que le recourant a été victime d'un accident, pas plus que n'est contestée la question du lien de causalité entre celui-ci et les lésions dentaires du recourant. 5. a) Les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA), étant rappelé qu'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 ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le dentiste (let. a). Tel est le cas lorsque la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé, la preuve de ce fait devant être établie avec une vraisemblance suffisante. Celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts C. du 17 juin 2002 [U 252/01] et F. du 8 novembre 2001 [U 134/99]). Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assureur-accidents. C'est donc ce dernier qui est débiteur des frais de traitement vis-à-vis du prestataire de soins (système du tiers payant). En outre, l'assureur exerce un contrôle sur le traitement dentaire envisagé (arrêt du TF U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 5.2). Lorsqu'il arrive à la conclusion qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ou s'il estime que le traitement proposé par l'assuré ou son médecin est inapproprié, il est en droit de refuser la continuation du traitement en se fondant sur l'art. 48 al. 1 LAA. Dans la mesure où la loi confère à l'assureur-accidents le pouvoir de fixer les mesures diagnostiques et thérapeutiques dans le cas particulier, elle lui transfère la responsabilité pour le traitement; il s'agit d'une conséquence du principe des prestations en nature valable pour les prestations pour soins selon la LAA (F. X. Deschenaux, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in *Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du TFA*, Berne 1992, p. 529 ss). La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est, d'une part, qu'il est tenu d'allouer des prestations pour des lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA; ATF 118 V 286) et, d'autre part, qu'il est en droit de

refuser des prestations pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités ; arrêt du TF U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 3.1). c) Pour déterminer si les mesures médicales sollicitées amélioreraient notablement l'état de santé de l'assuré ou si elles empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration, il convient d'apprécier le traitement proposé en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Il s'agit ensuite de se déterminer en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2). 6. Selon l'art. 48 al. 1 LAA, l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. Sous le titre "Limites du traitement", l'art. 54 LAA prévoit par ailleurs que "lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement." (ATF 136 V 141 consid. 4.1 p. 144). Le système mis en place ici confère un grand pouvoir à l'assureur-accidents. Ce dernier exerce un contrôle sur le traitement en cours qu'il garantit à l'assuré à titre de prestation en nature. Ce contrôle ne s'exerce pas directement à l'endroit du patient, mais à l'égard du fournisseur, notamment le médecin traitant (FRANÇOIS-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in Mélanges pour le 75e anniversaire du Tribunal fédéral des assurances, 1992, p. 529 s.). L'indemnisation a lieu selon le système du tiers payant. Dans une certaine mesure, les fournisseurs de prestations se trouvent dans une situation de dépendance à l'égard de l'assureur LAA. La responsabilité ultime pour le traitement appartient à l'assureur (ATF 134 V 189 consid. 3.3 p. 196; SVR 2009 UV n° 9 p. 35, 8C_510/2007 consid. 4.2.1) et c'est auprès de lui, en principe tout au moins, qu'ils doivent demander l'autorisation de prendre les mesures qui leur paraissent indiquées pour le traitement du patient (DESCHENAUX, ibidem). Le principe des prestations de soins en nature - où l'assureur est censé fournir lui-même le traitement médical même s'il le fait par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un hôpital - implique en outre que les médecins et autres fournisseurs soient tenus de communiquer à l'assureur les données médicales indispensables. C'est la raison pour laquelle l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD; RS 235.1) a nécessité ultérieurement l'introduction d'une base légale formelle dans la LAA relative à la communication des données. Le législateur l'a fait en adoptant l'art. 54a LAA, en vigueur depuis le 1er janvier 2001 et qui, sous le titre "Devoir d'information du fournisseur de prestations" prévoit que le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible; il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération ou le caractère économique de la prestation (ATF 136 V 141 consid. 4.2, cf. également ATF 134 V 189 consid. 3.2 p. 195). Après la survenance d'un cas d'assurance, il s'établit donc entre le fournisseur de prestations et l'assureur-accidents un rapport particulier de droits et d'obligations fondé sur la LAA et qui repose notamment sur le fait que le premier fournit les prestations en nature pour le compte et sous la responsabilité du second. Les litiges concernant les limites du traitement selon l'art. 54 LAA participent de ce rapport particulier et relèvent donc du tribunal arbitral. C'est particulièrement le cas lorsque le fournisseur de prestations fait valoir une créance d'honoraires à l'encontre de l'assureur-accidents pour les mesures dont le caractère approprié ou économique est contesté par l'assureur (ALFRED

MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 617 s.;

GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], 1992, p. 199; GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, Les tribunaux arbitraux institués par l'art. 57 LAA, RSAS 1989 p. 295ss; THOMAS A. BÜHLMANN, Die rechtliche Stellung der Medizinalpersonen im Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, 1985, p. 207 ; ATF 136 V 141 consid. 4.3). Ainsi, dans un cas où l'assurance-accidents ne contestait pas devoir prendre en charge le traitement médical consécutif à l'accident de l'assurée mais le caractère approprié ou économique de celui-ci, le Tribunal fédéral a considéré que cette contestation relevait du tribunal arbitral institué par l'art. 57 LAA, étant rappelé que la saisine du Tribunal arbitral (par la voie de l'action) ne présuppose pas une décision préalable de l'assureur. Si le fournisseur de prestations omet d'informer l'assureur LAA des éventuelles mesures prises en urgence ou des mesures qu'il entend mettre en œuvre, cela relève du litige au fond. Une telle omission peut éventuellement conduire à la réduction, voire à la perte de la créance d'honoraires vis-à-vis de l'assureur (DESCHENAUX, op. cit., p. 530; MAURER, op. cit., p. 297). Ce sont là des questions qui ressortissent à la compétence du tribunal arbitral (ATF 136 V 141 consid. 4.4 et 4.5). 7.

Dans le cadre de l'art. 54 LAA, la relation entre le coût et l'utilité d'une mesure n'a d'importance qu'en ce qui concerne les différentes méthodes de traitement entrant en considération et non pas eu égard au point de savoir si les frais d'une méthode appropriée et scientifiquement reconnue se justifient encore compte tenu du succès que l'on peut attendre du traitement. Ce n'est que sous l'angle général du principe de proportionnalité que ce dernier élément peut se révéler important (ATF 109 V 41 consid. 2b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, 2e édition, n° 504 p. 981).

En l'espèce, il convient de relever en premier lieu que l'intimée ne saurait opposer à l'assuré le fait que le dentiste-traitant – fournisseur de prestations – n'a pas respecté les modalités prévues la convention SSO ou qu'il a appliqué une valeur du point erronée. En effet, si l'intimée entend contester ces points, il lui appartient de le faire directement à l'encontre du fournisseur de prestations, cas échéant par le biais d'une procédure devant le Tribunal arbitral. La Cour de céans ne se penchera dès lors pas sur ces questions, qui ne relèvent pas de sa compétence.

En revanche la question de savoir si l'assurance peut refuser au recourant la prise en charge de l'intégralité du traitement dont il a bénéficié, étant entendu que ledit traitement est reconnu approprié, efficace et durable par le dentiste-conseil de l'intimée. Il est établi au vu des éléments au dossier que la pose d'une nouvelle prothèse amovible suite à l'accident a entraîné d'importants problèmes d'élocution et de déglutition, non contestés par l'intimée. En revanche, de l'aveu même du dentiste-traitant, il aurait pu être pallié à ces inconvénients par la pose d'une prothèse amovible avec 4 implants, plutôt que par le biais d'une prothèse fixe avec 8 implants. Cette solution aurait été 30% moins coûteuse. A cet égard, les arguments avancés par le dentiste pour expliquer son choix – unilatéral – de la seconde solution ne convainquent pas, d'autant qu'il a fini par admettre qu'une prothèse amovible sur 4 implants aurait constitué « un bon compromis et aurait permis au recourant de retrouver la situation qui était la sienne avant l'accident. » On relèvera d'ailleurs que cette solution a aussi été évoquée par le Dr N_____ . C'est donc cette méthode, qui, en l'occurrence, apparaît comme la plus proportionnée au but poursuivi : l'élimination, de la manière la plus complète possible, des atteintes qu'a subies le recourant. Cette solution n'aurait par ailleurs pas offert de difficultés dans son exécution, puisqu'elle est plus simple que le traitement

préconisé par le dentiste traitant. Elle n'aurait pas non plus présenté de danger et aurait entraîné avec certitude une amélioration importante de son état. L'on peut affirmer que cette solution n'aurait pas provoqué de souffrances excessives puisqu'elle aurait justement évité les effets secondaires de la première prothèse amovible provisoire proposée en permettant de diminuer le volume du palais. Enfin, l'impact sur l'aspect physique du recourant aurait été moindre. Qui plus est, cette solution aurait été plus économique. C'est donc ce type d'intervention qui aurait rempli les critères de l'art. 10 al. 1 LAA. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à la prise en charge, par l'intimée, des frais correspondant à la pose d'une prothèse amovible et de 4 implants, coût qu'il revient à l'intimée de déterminer de manière précise, étant rappelé que les divergences quant à la valeur du point ou à la manière de procéder du dentiste traitant ne peuvent être opposées au recourant mais pourront faire l'objet d'une action dirigée contre le fournisseur de prestations lui-même, devant le tribunal arbitral. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, 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.