

NE_GERICHTE CDP.2011.192 vom 4. Februar 2010

NE Tribunal cantonal, 2010-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2011.192_d20100204

FR: NE_GERICHTE CDP.2011.192 du 4 février 2010

IT: NE_GERICHTE CDP.2011.192 del 4 febbraio 2010

Regeste

Lésions dentaires. Principes d'adéquation, d'économicité et de simplicité du traitement. Rôle du médecin-conseil de l'assureur LAMAl. Secret médical et devoir de collaboration de l'assuré.

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

Selon l'article 1a LAMal, en l'absence d'une couverture d'assurance-accidents obligatoire, il appartient à l'assureur-maladie de prendre en charge les frais de traitement de lésions dentaires résultant d'un accident (arrêt CDP du 14.03.2011 [CDP.2008.218]) dans la mesure où ce traitement vise au rétablissement de la fonction masticatoire de l'assuré (art. 31 al.2 LAMal).

E. 3

Selon l'article 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'article 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'avait déjà relevé à propos de l'article 23 LAMA, dont le contenu était analogue, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (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^e anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 98 cons. 2b et la jurisprudence citée).

E. 4

a) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si les frais de traitement dentaire de la recourante peuvent être considérés comme un traitement simple, économique et adéquat et partant, s'ils doivent être remboursés par l'intimée. b) Si plusieurs traitements entrent en considération, il convient dans le domaine de l'assurance-maladie, de comparer les coûts et bénéfices respectifs des traitements envisagés. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché – le rétablissement de la fonction masticatoire – en étant sensiblement meilleur

marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (arrêt du TFA du 05.08.2002 [P 22/2002] cons. 2; ATF 124 V 196 cons. 3 et les références). c) Dans une jurisprudence de plus en plus détaillée, le Tribunal fédéral a retenu que sont considérés comme mesures médicales nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une lésion tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé mais d'une manière simple et adéquate. En particulier, l'assureur social doit prendre à sa charge les soins indiqués dans l'état actuel des connaissances médicales et permettant de traiter l'assuré d'une manière similaire. Une méthode de traitement est considérée comme éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire réputée scientifiquement reconnue, si elle est largement admise par les chercheurs et par les praticiens. L'élément décisif réside dans le succès obtenu grâce à une thérapie déterminée. Cette définition est entièrement valable dans le domaine de l'assurance-maladie (cf. not. ATF 125 V 28 cons. 5a). Il s'ensuit qu'un traitement qui ne peut pas être mis à charge de l'assurance obligatoire de soins, faute de caractère scientifiquement reconnu, ou parce qu'il est de choix, de confort ou ne répond qu'à des buts esthétiques, ne peut en principe pas davantage être alloué dans le cadre d'autres dispositions. A teneur de l'article 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Elles englobent notamment les analyses, les médicaments, les moyens et les appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou un médecin-dentiste (art. 31 et 36 al. 3 LAMal). Les prestations citées à l'article 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). d) Une prestation médicale est réputée efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 cons. 2.2). L'utilité thérapeutique doit être prouvée scientifiquement. Il sied de préciser que si la notion du caractère scientifiquement reconnu a été remplacée par celle de l'efficacité lors de la révision de l'assurance-maladie pour tenir compte des traitements relevant de médecines complémentaires (FF 1992 77, p. 140), cette jurisprudence reste néanmoins valable en tant qu'elle porte sur la nature des prestations admissibles. Le caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique du traitement dans le cas particulier en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 cons. 5). L'adéquation relève en principe de critères médicaux et se confond au demeurant avec la question de l'indication médicale : lorsque celle-ci est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est alors également (ATF 125 V 95 cons. 4a). e) Quant au critère d'économicité, ici principalement en cause, il concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure lorsque, dans le cas concret, différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour soigner une maladie ou un accident (ATF 130 V 532 cons. 2.2). En présence de plusieurs alternatives thérapeutiques, il y a lieu en effet de choisir la variante la moins chère, ou plus exactement celle qui présente le meilleur rapport prix-efficacité ("Mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis"; ATF 136 V 395 cons. 7.4). En revanche, lorsqu'il n'existe qu'un seul traitement possible, cette relation entre les coûts et le bénéfice de la mesure ne peut être examinée que sous l'angle de la proportionnalité, et seule une disproportion manifeste entre les frais du traitement et les effets escomptés pourra fonder le refus de prester. La question de la valeur thérapeutique élevée doit être appréciée proportionnellement au coût du traitement : plus le bénéfice est élevé, plus les coûts sont

justifiés (ATF 136 V 395 cons. 7.4). Autrement dit, les caisses-maladie doivent assumer des mesures onéreuses lorsqu'il n'existe aucune autre méthode à disposition et que le principe de proportionnalité n'y fait pas obstacle (ATF 109 V 41 cons. 2b). L'évaluation du rapport coût-efficacité fondée sur des critères objectifs permet de préserver l'égalité juridique : lorsque les ressources de l'Etat ne sont pas illimitées, une distribution aussi équitable que possible entre les assurés se trouvant dans une situation similaire est souhaitable (ATF 136 V 395 cons. 7.7). f) Afin de garantir que les trois critères précités soient remplis, l'article 33 LAMal prévoit que les prestations remboursées soient définies en détail; ce système fait la distinction selon le type de fournisseurs de prestations et/ou la nature de la prestation dispensée. En matière de lésions dentaires, outre l'article 31 al. 2 LAMal, ce système est concrétisé par les articles 17 let. a et 19 let. a OPAS qui listent les affections dont les traitements sont considérés comme à charge de l'assureur social.

E. 5

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, en présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne saurait statuer sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux décisifs 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 du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées; arrêt du TF du 13.09.2010 [8C_85/2010] cons. 6.1). b) Il y a par ailleurs lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; arrêt du TF du 12.06.2007 [4A 45/2007] cons. 5.1 in fine). En outre, les rapports établis par les médecins internes à l'assureur social n'ont pas la même valeur probante qu'une expertise recueillie, en application de l'article 44 LPGa, auprès d'un spécialiste externe ou qu'une expertise judiciaire. Ils doivent cependant être pris en considération. Mais en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur leur fiabilité et leur pertinence, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 135 V 465 cons. 4; 122 V 157 cons. 1d; cf. aussi arrêts du TF du 12.02.2010 [8C_758/2009] cons. 3.2, du 03.02.2010 [8C_889/2009] cons. 4.2 et du 02.02.2010 [8C_702/2009] cons. 4.3). c) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est également régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du TF du 30.06.2009 [9C_1012/2008] cons. 3.2.1 et la référence). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. d) Contrairement à ce que semble penser la recourante, le médecin-conseil d'un assureur-maladie n'est pas un employé de ce dernier,

ni un médecin à son service interne pas plus qu'aux ordres de celui-là mais un organe externe chargé de conseiller l'assureur tout en préservant les droits de l'assuré. Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal (cf. l'intitulé de la section 6 de son chapitre 4), celle-ci attribue un rôle important aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais (message précité, p. 172). A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale. Son rôle vise notamment à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (sur le rôle du médecin-conseil, cf. Eugster, op. cit., ch. 62 ss; Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, p. 100 ss; Mosimann, *Tâches et position du médecin-conseil dans l'assurance-maladie sociale*, in : *Sécurité sociale* 1997, p. 92 ss; Duc, *La direction du traitement médical et le contrôle de l'activité médicale par les assureurs sociaux*, in : *Aspects du droit médical*, Fribourg 1987, p. 203 ss). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application de tarifs; il examine en particulier si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent quant à eux donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leur tâche selon le quatrième alinéa de cette disposition (art. 57 al. 6, 1^{re} phrase, LAMal). e) Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, les assureurs-maladie n'ont pas seulement le droit, mais sont également tenus, d'exercer - avec l'assistance de leur médecin-conseil - un contrôle suivi d'un traitement. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou dans son cours, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que celle qu'il envisageait. Un tel contrôle préalable de l'économie du traitement a lieu le plus souvent quand l'assureur intervient en qualité de tiers payant. Mais il est aussi concevable dans le système du tiers garant, même si, dans cette éventualité et pour des raisons pratiques évidentes, un contrôle s'opérera la plupart du temps a posteriori (Deschenaux, loc. cit., p. 538). Sous le régime de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances avait eu l'occasion de juger, à propos de l'article 23 LAMA, qu'un contrôle préalable par le médecin-conseil (dans un cas d'application du système du tiers garant) était souhaitable, quand il s'agit de procéder à un traitement coûteux, pour lequel une prescription abusive ne peut être exclue (RAMA 1984 n° K 566 p. 30 cons. 3b et c). Il est aussi dans l'intérêt du patient d'être soigné d'une manière qui réponde aux critères de l'économie, afin que les prestations du fournisseur soient remboursées par l'assurance-maladie sociale (Duc, loc. cit., p. 205). Par exemple, dans le cas d'un traitement de longue durée, qui n'est plus justifié par son but, l'assureur qui se contenterait d'un contrôle a posteriori ne pourrait qu'entretenir le patient dans l'idée que ses frais seront payés, alors que l'assureur sera fondé, après coup, à refuser tout ou partie de ses prestations. Un contrôle préalable, ou en cours de traitement, permet d'éviter au patient des désagréments sur le plan financier et même, selon les cas, des difficultés économiques qui pourraient se révéler insurmontables. f) Il ne faut pas perdre de vue, par ailleurs, que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement (Eugster, op. cit., ch. 62), même si la loi

(art. 57 al. 6, 2 e phrase LAMal) l'autorise, à certaines conditions, à examiner lui-même l'assuré. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un traitement est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions au remboursement des frais encourus. L'avis du médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement. L'exigence d'un accord de la part du médecin-conseil, préalable à un traitement (ou à une prolongation de celui-ci) et qui serait considéré comme une condition sine qua non du versement par l'assureur de ses prestations, sortirait clairement du cadre des compétences que la loi attribue aux médecins-conseils des assureurs-maladie (arrêt non publié B. du 24.11.1999 [K 31/99]), sauf en matière de prestations complémentaires. g) On notera enfin, dans un contexte plus large, que le médecin traitant assume à l'égard de son patient un devoir d'information minimale en matière économique. Il lui appartient d'attirer l'attention du patient lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet (ATF 119 II 460 cons. 2d; Payllier, Rechtsprobleme der ärztlichen Aufklärung, unter besonderer Berücksichtigung der spitalärztlichen Aufklärung, thèse Zurich 1998, p. 146). Plus le traitement est délicat et long, plus l'information doit être circonstanciée (Engel, Contrats de droit suisse, 2 e éd., Berne 2000, p. 500). Dans certaines situations, l'intervention du médecin-conseil en cours de traitement est de nature à faciliter le devoir d'information en matière économique du médecin traitant à l'égard du patient. h) Il va cependant de soi que ce contrôle doit s'exercer dans le respect de l'intérêt légitime de l'assuré, ce qui ressort d'ailleurs de l'article 56 al. 1 LAMal, intérêt qui doit tempérer les rigueurs d'une interprétation par trop limitative de la notion de caractère économique du traitement (cf. Deschenaux, loc. cit., p. 536-537). Le contrôle doit également respecter les droits de la personnalité du patient, en ce sens que les médecins-conseils ne doivent transmettre aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou motiver une décision (art. 57 al. 7 LAMal; cf. Eugster, op. cit., ch. 64-65. Enfin, le contrôle doit s'exercer dans les limites du principe de proportionnalité, qui s'applique aussi à l'activité des assureurs qui gèrent l'assurance-maladie obligatoire (art. 11 LAMal), en leur qualité de détenteurs de la puissance publique (cf. les art. 80 et 85 LAMal; cf. aussi, par exemple, ATF 116 V 236 cons. 3b). Ainsi, les interventions du médecin-conseil ne doivent pas aller au-delà de ce qu'exige un bon fonctionnement de l'assurance-maladie et, en particulier, de ce qui est nécessaire pour examiner si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies.

E. 6

a) En l'espèce, la façon de procéder de l'intimée, après avoir pris par plusieurs fois l'avis de son médecin-conseil et avoir également soumis le cas à une tentative externe de conciliation, à la demande expresse de son assurée, n'excède pas ces limites et l'assureur était donc en droit de refuser des prestations pour le traitement finalement envisagé puis exécuté et facturé par le médecin traitant, traitement qui ne s'avère ni simple ni économique, pour autant qu'il soit adéquat, les critères d'esthétisme que fait également valoir l'assurée n'entrant pas ici en ligne de compte. Il importe peu, au regard du considérant qui précède, que la recourante considère que l'intervention du médecin-conseil n'a aucune valeur dans la mesure où elle résulterait d'une mise en œuvre par l'assureur lui-même. On rappellera que le seul fait qu'un médecin soit mandaté par un organe d'une assurance sociale ne constitue pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure au manque

d'objectivité et à la partialité de celui-là (ATF 137 V 210 , cons 1.3.3, p. 226), d'autant moins lorsque l'avis de ce médecin se base sur des éléments objectifs partagés par d'autres médecins dans d'autres rapports, soit en l'occurrence celui, ultérieur, du Dr C. (arrêt du TF du 24.08.2012, [8C_471/2011] cons. 4.3). Les critiques d'ordre général de la recourante et de son médecin traitant quant au caractère "archaïque" du traitement préconisé ou avalisé par ces deux praticiens ne résistent pas plus au même examen. En outre, elles n'ont jamais été confirmées par le Professeur B., chef du département de prothèse fixe de l'Université de Genève, contrairement à ce que la recourante et/ou son dentiste traitant ont affirmé. Ce qui ne renforce en rien la crédibilité initiale de leurs affirmations. b) Pour le surplus, la recourante oublie un peu rapidement que c'est elle-même qui a sollicité l'avis d'un spécialiste neutre le 31 janvier 2011 et qu'elle a été informée le 3 mars 2011 que son dossier était soumis au Dr C., conformément à sa demande d'avis neutre. L'avis de ce praticien figure au dossier, librement accessible à la recourante, mais sous la forme d'une note téléphonique seulement. La jurisprudence n'admet toutefois pas en droit des assurances sociales l'établissement de faits par le biais d'entretiens téléphoniques (TA.2008.388 du 24.04.2009/DTA 1992 no 17). C'est donc le juge instructeur lui-même qui a sollicité du Dr C. le dépôt d'un rapport écrit, ce dont la recourante a également été informée formellement le 1^{er} octobre 2012, sans aucune réaction de sa part. Soutenir en conséquence ultérieurement que certains des rapports au dossier devraient en être exclus parce qu'ils violeraient son droit au secret médical relève d'une argutie aussi tardive que curieuse. c) En dernier lieu, la recourante oublie l'obligation de collaboration des parties à l'établissement des faits. Si elle a bien annoncé à l'assureur, en octobre 2010, avoir elle-même aussi soumis le cas à la SSO et au Prof. B., l'avis de la SSO n'a jamais été déposé et l'avis finalement obtenu et émanant d'un chargé d'enseignement du département de prothèses dentaires du Professeur B. n'a été déposé que le 11 octobre 2012. Cet avis, qui n'indique pas sur quelle base il a été formulé (examen de la patiente, dossier fourni, pièces à disposition) et qui reproche à l'assureur sa lenteur dans le traitement du cas intervient donc plus de deux ans et demi après l'accident, près de 21 mois après le refus initial de prester de l'assureur (21.1.2011) et près de 11 mois après la fin du traitement facturé par le Dr A. en décembre 2011, ne saurait être considéré comme relevant, pour ces premières raisons déjà. Il ne se prononce en outre en rien sur l'objet même du litige, soit les critères d'efficacité, d'économicité, d'appropriation et de simplicité. Il indique tout au plus que le traitement effectué par le Dr A. représente une solution de choix, résolvant des problèmes d'esthétisme. Or comme déjà précisé, de telles considérations ne relèvent pas de l'article 32 LAMal.

E. 7

On rappellera par ailleurs que l'intimée s'est déjà prononcée sur la prise en charge des frais d'un traitement simple, économique et adéquat que la recourante aurait normalement et également dû suivre – soit la réalisation préliminaire d'un descellement du pont et une évaluation des piliers sous-jacents pour un coût de 300 francs, puis en cas d'échec, le descellement de la couronne sur la dent 23 et la confection d'une nouvelle CCM (bridge en extension, dit cantilever) pour un coût estimé à 1'500 francs – et de la rembourser à cette hauteur (principe de substitution, cf. arrêt du TFA du 05.08.2002 [P 22/2002] cons. 4.2) . Apparemment, le premier des traitements préconisés par le médecin-conseil ayant échoué (cf. le chiffre 11 du mémoire du

E. 8

avril 2011 de la recourante, non contesté par l'assureur), c'est un montant de l'ordre de 300 francs pour cette première intervention puis de l'ordre de 1'500 francs, pour la deuxième, montants retenus par le médecin-conseil et le Dr C., qui devront donc être versés à l'assurée.

Le recours de X. s'en trouve ainsi rejeté. La procédure est toutefois gratuite pour elle et aucuns frais ne seront donc perçus. La recourante qui n'est pas représentée par un mandataire professionnel et l'assureur social n'ont pour le surplus pas droit à des dépens. Par contre les frais du rapport médical écrit du 6 octobre 2012 du Dr C. dont l'intimée a cru à tort pouvoir se dispenser, seront mis à la charge de l'intimée (ATF137 V 210, cons. 4.4.2;139 V 225).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Renvoie le dossier à l'intimée pour versement de l'indemnité de substitution au sens des considérants.

3. Met les frais du rapport C., par 250 francs, à la charge de l'intimée.

4. Statue sans allocation de dépens.

Neuchâtel, le 6 mai 2014

1 La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

2 L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas:

a.

de maladie (art. 3 LPGA1);

b.

d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge;

c.

de maternité (art. 5 LPGA).

1RS830.1

1 L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:

a.

s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou

b.

s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou

c.

s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

2Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b1.

1Actuellement «art. 1 al. 2 let. b».

1Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

2L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

1Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

2La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

a.

l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1);

b.

l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2).

3Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

a.

d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;

b.

de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

4Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

5Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

6Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations.1

1Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1er janv. 2013 (RO20124087;FF20112359). Voir aussi la disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

1Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'art. 36 et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

2 Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège.

3 Une société médicale cantonale peut récuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 statue.

4 Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.

5 Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives.

6 Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 tranche, en dérogation à l'art. 58, al. 1, LPGA1.2

7 Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération, pour calculer la compensation des risques ou pour motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.³

8 Les associations faîtières suisses de médecins et d'assureurs règlent la transmission des indications au sens de l'al. 7, la formation continue et le statut des médecins-conseils. Si elles ne peuvent s'entendre, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

1RS830.12 Nouvelle teneur de la phrase selon le ch.

E. 11

de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, en vigueur depuis le 1er janv. 2003 (RO20023371; FF1991II 181 888,1994V 897,19994168).³ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Compensation des risques), en vigueur depuis le 1er janv. 2012 (RO20094755; FF20045207).

A condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31, al. 1, let. a, LAMal1):

a. maladies dentaires:

1 .granulome dentaire interne idiopathique,

2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste);

b .maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies):

1.parodontite pré pubertaire,

- 2. parodontite juvénile progressive,
- 3. effets secondaires irréversibles de médicaments;
- c. maladies de l'os maxillaire et des tissus mous:
 - 1. tumeurs bénignes des maxillaires et muqueuses et modifications pseudotumorales,
 - 2. tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou,
 - 3. ostéopathies des maxillaires,
 - 4. kystes (sans rapport avec un élément dentaire),
 - 5. ostéomyélite des maxillaires;
- d. maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion:
 - 1. arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire,
 - 2. ankylose,
 - 3. luxation du condyle et du disque articulaire;
- e. maladies du sinus maxillaire:
 - 1. dent ou fragment dentaire logés dans le sinus,
 - 2. fistule bucco-sinusale;
- f. dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladie, tels que:
 - 1. syndrome de l'apnée du sommeil,
 - 2. troubles graves de la déglutition,
 - 3. asymétries graves cranio-faciales.

1RS832.10

L■assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31, al. 1, let. c, LAMal87):

- a. lors du remplacement des valves cardiaques, de l■implantation de prothèses de revascularisation ou de shunt crânien;
- b. lors d■interventions qui nécessiteront un traitement immuno-suppresseur de longue durée;
- c. lors d■une radiothérapie ou d■une chimiothérapie d■une pathologie maligne;
- d. lors d■endocardite.

86Nouvelle teneur selon le ch. I de l■O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1er janv. 1999 (RO19982923).

87RS832.10

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