

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 968 vom 30. Oktober 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__968

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 968 du 30 octobre 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 968 del 30 ottobre 2019

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, LIEN DE CAUSALITÉ, ADÉQUATION, AFFECTION DENTAIRE, MÉDECINE DENTAIRE | 31 al. 1 let. b LAMal, 32 LAMal, 43 LPGA, 17 OPAS, 18 OPAS, 19 OPAS

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).]

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie des traitements dentaires des dents 31, 32, 41 et 42 selon le devis du 6 septembre 2017 du Dr D._____.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi, en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal. Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale. Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMaI, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (b) ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (c). b) Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'art. 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a OPAS (ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal. Cette liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est exhaustive

(ATF 129 V 80 consid. 1.3 ; 129 V 275 consid. 3.2 ; 127 V 328 consid. 3a). c) L'obligation d'une prise en charge par les assureurs-maladie implique cependant que toutes les exigences légales requises soient remplies (art. 32 al. 1 LAMal ; ATF 128 V 54 consid. 1b ; 124 V 200 consid. 3). L'art. 32 al. 1 LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. aa) 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 (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a). bb) La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c). cc) 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 128 V 54 consid. 1b et les références citées ; 127 V 138 consid. 5 ; 124 V 196 consid. 4 ; TFA K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c in RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 126 V 334 consid. 2b).

E. 4

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui,

faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b) b) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

a) En l'occurrence, le recourant est atteint d'hypophosphatémie familiale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 46 OPAS, ce qui est admis par les parties. b) Dans son rapport du 14 juin 2018, le Dr L._____ a estimé qu'une hypophosphatémie pouvait favoriser des affections de la pulpe dentaire, mais qu'elle ne créait pas forcément de nécroses pulpaires spontanées sur toutes les dents. Selon le Dr L._____ le lien de causalité n'était donc pas certain. Il n'a toutefois mis en avant aucune autre cause possible à l'affection dont souffrait le recourant. Or, le Dr D._____ a attesté que l'assuré prenait toutes les mesures de préventions nécessaires. Il a constamment été suivi par un dentiste et a toujours effectué deux contrôles et deux détartrages par année. Selon le médecin-dentiste traitant, c'était précisément pour ces raisons que la plupart des dents du recourant avaient pu encore être conservées. Pour qu'un traitement dentaire soit à charge de l'assurance maladie, le lien de causalité doit être prouvé au degré de vraisemblance prépondérant et non de manière certaine (cf. consid. 4a ci-dessus). Selon le Dr D._____, l'hypophosphatémie était la cause des atteintes à la santé pertinentes dans le cas d'espèce. Le médecin-dentiste conseil de l'intimée convient que ce type de lésions dentaires est une conséquence connue de l'hypophosphatémie. Dans la mesure où il n'avance aucune autre cause et que l'assuré prend toutes les mesures de préventions et de soins nécessaires, il n'existe aucune raison de s'écarter de l'avis du médecin-dentiste traitant et le lien de causalité entre l'état de la dentition du recourant et l'hypophosphatémie doit être admis. c) Reste à déterminer si l'état de la dentition nécessitait les traitements préconisés par le Dr D._____. Le Dr L._____ a estimé que, pour l'assuré, « l'hypophosphatémie n'a heureusement pas eu de répercussions majeures et complètes sur les dents. » Selon lui, le recourant ne présentait pas de résorption de racine. La formation de l'émail et de la dentine semblait normale, alors même qu'il a confirmé avoir constaté l'élargissement des chambres pulpaires et une résorption osseuse au niveau du secteur mandibulaire antérieure en 2015 déjà. Il a indiqué en outre qu'il n'y avait pas de mention des résultats de tests de sensibilité sur les dents concernées et que le test de sensibilité sur la dent 42 était positif, ce qui signifiait que la pulpe était encore vivante. Pour ces raisons, le Dr L._____ avait conseillé à l'intimée de ne pas prendre en charge le traitement endodontique des dents 31, 32, 41 et 42, ainsi que la résection apicale avec obturation rétrograde de la dent 42. d) Ce raisonnement ne peut pas être suivi. Le constat que l'émail, la dentine et la dentition du recourant semblent normales est contredit par le fait que, depuis dix ans, l'assuré perd ses dents et que la moindre carie peut dégénérer et

infecter une autre dent, nécessitant un traitement de racine et par la suite une ablation, comme cela a été le cas pour les dents 15 et 16. Pendant les seules cinq dernières années, six dents ont été massivement touchées. Ce n'est clairement pas une situation normale ou, pour reprendre les termes du Dr L. _____, une situation sans « répercussions majeures et complètes sur les dents. » Ces atteintes à la santé auraient ainsi pu être évitées si l'assuré ne souffrait pas de l'hypophosphatasie. Dans son premier rapport du 14 juin 2018, le Dr L. _____ a exposé que les lésions dentaires pouvaient être traitées de façon conservatrice (traitement de racine) ou chirurgicale (extraction). Il a ajouté en outre dans son rapport du 8 novembre 2018 ce qui suit : « le pronostic de la dentition de l'assuré n'est pas aussi catastrophique que son médecin-dentiste traitant veut le faire entendre. Il en résulte que les traitements proposés ne sont pas aussi conséquents que ce que propose le prestataire de soins. » La Dre M. _____, médecin dentiste aux Hôpitaux Universitaires de E. _____ estimait quant à elle, littérature à l'appui, qu'une « réhabilitation implantaire est tout à fait réalisable et à bon pronostic chez ce type de patient. » Partant suivant l'avis des spécialistes et contrairement à ce qu'a prétendu le médecin-dentiste conseil, qui a admis n'avoir jamais revu le patient depuis 2014 alors qu'il souffrait d'une pathologie très spécifique, la pose d'implant pourrait être un traitement efficace, approprié et économique. De plus, B. _____ SA a sous-entendu que le Dr D. _____ avait indiqué « après-coup » que l'assuré avait consulté pour des douleurs au niveau des incisives inférieures et que des tests de vitalité avaient montré des valeurs négatives, ainsi que des douleurs à la pression. Ces éléments sont contredits par le dossier médical qui mentionnait expressément le 30 août 2017 des douleurs à la pression et le 1^{er} septembre 2017 des tests de vitalité négatifs, ainsi qu'une grande mobilité de la dent 32. Dans son rapport le Dr D. _____ a indiqué que le test de vitalité de la dent 42 réalisé le 7 novembre 2017 montrait une diminution de la réponse et non que la pulpe était encore totalement intacte comme le prétend le Dr L. _____. A l'appui de sa prise de position, le Dr L. _____ a également avancé que les traitements avaient été entrepris sans un diagnostic précis et clair, étayé par des éléments cliniques et paracliniques qui démontraient la présence d'une pathologie de pulpite et/ou nécrose pulpaire et qu'il n'y avait pas de modification de l'image radiologique périapicale entre 2013 et 2017. Ce raisonnement est également contredit par le dossier radiologique et les éléments apportés par le Dr D. _____. Premièrement, le Dr D. _____ a précisé, dans son rapport du 9 janvier 2019, que le recourant avait toujours consulté avant la séance de traitement pour des douleurs manifestes qui avaient fait l'objet de tests cliniques divers, tels que tests de vitalité, de percussion ou examens radiographiques. Les radiographies intraobturales avaient en outre clairement montré les anomalies dentaires et l'état de dégénérescence. Ainsi, le médecin-dentiste traitant a effectué préalablement les tests nécessaires ainsi que les radiographies. Deuxièmement, le Dr D. _____ a exposé de manière convaincante que des complications étaient intervenues, que les événements douloureux et infectieux se produisaient, dans le cas de l'assuré, sournoisement et progressivement et que des signes radiologiques discrets dans un premier temps pouvaient prendre des évolutions rapides et surprenantes comme le montrait son dossier radiologique et photographique. On ne comprend dès lors pas le raisonnement tant du médecin-dentiste conseil que de l'intimée qui a lié l'existence, ou plutôt l'inexistence, d'un lien de causalité entre la maladie congénitale de l'assuré et les atteintes dentaires qu'il présentait, au fait que le médecin-dentiste traitant n'avait pas prévu à l'avance les complications intervenues, soit l'évolution infectieuse et radiculaire des dents concernées. De même on peine à comprendre pourquoi le Dr L. _____ s'est obstiné à retenir que les images radiologiques de 2013 et

2017 étaient comparables et ne montraient pas de modifications périapicales en faisant abstraction du dernier rapport du Dr D. _____ du 9 janvier 2019 qui démontre une évolution radiologique négative du cas. Compte tenu des deux derniers rapports du Dr D. _____, des radiographies et photographies au dossier, force est de constater que l'intimée a d'une manière générale violé son obligation d'instruction prévue à l'art. 43 LPGA. En effet, selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Cette disposition légale prévoit que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. Par décision sur opposition du 22 novembre 2018, l'intimée a refusé de verser ses prestations au motif que les traitements, pour qu'ils soient remboursés, doivent être justifiés par des arguments cliniques et paracliniques préalablement établis, et non a posteriori. Il en va de même de la gestion des complications décrites par le Dr D. _____ dans son courrier du 19 juillet 2018. Le 19 octobre 2017, l'intimée a demandé des renseignements complémentaires au Dr D. _____. Celui-ci a répondu le 21 novembre 2017. L'intimée, comme son médecin-dentiste conseil, ne pouvait écarter sans autre les explications et radiographies produites a posteriori par le médecin-dentiste traitant à défaut de mise en demeure conformément à l'art. 43 LPGA. Il en va de même des complications intervenues par la suite. Faute d'informations complètes, il appartenait à l'intimée d'instruire correctement le cas et le cas échéant d'examiner l'assuré qui n'avait pas été revu par le médecin-dentiste conseil depuis 2014. En définitive, le médecin-dentiste conseil n'apporte aucun élément concret de nature à mettre en doute les constatations du médecin-dentiste traitant ainsi que les atteintes claires révélées par les radiographies et photographies faites notamment en cours d'intervention. Il ne conteste par ailleurs plus l'urgence qu'il y a avait à intervenir dans son rapport du mois de mars 2019, mais reproche essentiellement au médecin-dentiste traitant de ne pas avoir procédé lege artis en posant préalablement un diagnostic établi sur des éléments cliniques et paracliniques objectivables, ce qui était au demeurant inexact dans la mesure où le médecin-dentiste traitant avait effectué préalablement les tests nécessaires ainsi que les radiographies. e) B. _____ SA fait également référence à l'accord qui lie les assureurs sociaux à la SSO par lequel le fournisseur de prestation s'engage à ne pas effectuer de soins définitifs sans l'aval de l'assureur ainsi qu'à l'art. 18 al. 2 OPAS. La référence à la convention tarifaire et à un accord préalable n'est pas pertinente dans la mesure où elle réserve expressément le cas de l'urgence (cf. art. 7 § 3 de la convention tarifaire SSO-CAMS : « [...] à moins qu'il ne se soit agi de prestations impossibles à différer. »), de sorte que cet argument n'est pas pertinent. f) Compte tenu de ce qui précède, il sied de reconnaître le lien de causalité entre les lésions dentaires et l'hypophosphatasie, ainsi que l'adéquation et l'économicité des traitements devisés.

E. 6

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais dentaires litigieux par 3'059 fr. 70, sous déduction de la participation et de l'éventuelle franchise. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Obtenant gain de cause avec l'assistance d'[...] (art. 16 LPA-VD), le recourant a droit à une indemnité de dépens [...] (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à [...], débours et TVA compris (art. 10

et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 10 novembre 2015 est réformée en ce sens que B. _____ SA prendra en charge la facture du Dr D. _____, selon le devis du 6 septembre 2017, par 3'059 fr. 70 (trois mille cinquante-neuf francs et septante centimes), relative au traitement des dents 31, 32, 41 et 42 de A. _____, sous déduction de sa participation et de son éventuelle franchise. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire. IV. B. _____ SA versera à A. _____ un montant de [...] à titre de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ [...] (pour A. _____), ■ B. _____ SA (intimée), ■ Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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