

VD_GERICHTE ZE21.020374 vom 13. Dezember 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE21.020374

FR: VD_GERICHTE ZE21.020374 du 13 décembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZE21.020374 del 13 dicembre 2021

Erwägungen

E. 5

La recourante fait en substance valoir qu'elle présente une infirmité congénitale, respectivement une maladie de l'articulation temporo-mandibulaire, qui rend le traitement combiné de physiothérapie, d'orthodontie et de chirurgie maxillaire nécessaire. Elle fonde ses prétentions tant sur l'art. 17 OPAS (maladies du système de la mastication) que sur l'art. 19a OPAS (infirmités congénitales). a) Le Dr L._____ avait posé le diagnostic d'arthrose des articulations temporo-mandibulaires en décembre 2018 et la prise en charge avait été admise par l'intimée qui reconnaissait ainsi l'existence d'une maladie au sens de l'art. 17 let. d ch. 1 OPAS sur la base du diagnostic posé par ce médecin. Par la suite, la Dre F._____, consultée pour un deuxième avis, a indiqué le 5 mars 2019 que la recourante souffrait d'une dégénérescence du condyle gauche et d'une luxation méniscale irréductible. L'intimée a également admis la prise en charge du traitement en application de l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS sur la base des indications de ce médecin. Les deux demandes de garantie de paiement ne contenaient pas le détail de l'intervention orthodontique qui devait être précisé dans un deuxième temps. Le 17 avril 2019, le traitement orthodontique a été décrit et estimé par Groupe Médico-Dentaire S._____ SA pour être soumis à

- 15 - l'intimée. Dans son courrier du 19 juillet 2019, l'intimée a considéré que le traitement orthodontique proposé n'avait aucun lien avec la luxation du disque articulaire et a donc refusé de prendre en charge ce traitement qui n'entrait pas dans le champ d'application de l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS. Dans sa décision du 12 novembre 2019, l'intimée a ainsi retenu que le traitement envisagé ne pouvait pas être considéré comme un traitement de suivi des prestations garanties par l'art. 17 let. d ch. 1 et 3 OPAS. On relève à ce stade que les garanties de prise en charge et la décision à laquelle la recourante a fait opposition traitaient toutes de traitements liés à une affection au sens de l'art. 17 OPAS. b) Par courrier du 5 décembre 2019, dans le cadre de la procédure d'opposition, la Dre F._____ a expliqué que le traitement orthodontique envisagé faisait partie du traitement dans sa globalité et a expliqué pour quels motifs ce traitement orthodontique était nécessaire. Elle a indiqué qu'il fallait tenir compte de la pathologie squelettique dont souffrait l'assurée, soit un mordex apertus, ainsi que de l'important trouble fonctionnel avec incompetence labiale, déglutition atypique provoquée par cette malocclusion sévère avec contacts dentaires uniquement limités sur les secteurs molaires supérieurs. Elle a ajouté que la béance dentaire, et la potentielle résorption condylienne qui s'en suivait, ne pouvait être corrigée que chirurgicalement afin de rétablir une fonction dentaire occlusale correcte et stable et ne pas péjorer la béance antérieure par résorption complète de la tête des condyles articulaires temporo-mandibulaires. Elle a conclu que, pour le rétablissement des rapports corrects inter arcade et une opération de chirurgie orthognatique, il était indispensable de prévoir un alignement et une coordination des arcades par un traitement orthodontique conjoint, qui

fait partie intégrante de ce traitement. A réception de cet avis médical, l'intimée a examiné la question sous l'angle de l'art. 19a OPAS et a admis que l'importance de la béance dentaire remplissait les conditions d'une infirmité congénitale au

- 16 - sens de cette disposition. Elle a cependant considéré que le dossier ne permettait pas de retenir en l'occurrence l'existence de raisons médicales exigeant que le traitement fût effectué à l'âge de la recourante, alors qu'apparemment le traitement de la béance dentaire n'avait pas été envisagé avant l'âge de 20 ans. Or, comme on va le voir, les conditions d'application de l'art. 19a OPAS sont légèrement différentes de celles de l'art. 17 OPAS et auraient nécessité davantage de renseignements, notamment médicaux, pour pouvoir se prononcer en application de cette disposition. c) Le 5 décembre 2019, la Dre F. _____ a posé le diagnostic de mordex apertus congénital qui est prévu au chiffre 21 de l'art. 19a al. 2 OPAS. Cette disposition accorde la prise en charge du mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (ou de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus). Comme mentionné plus haut, pour qu'une infirmité congénitale puisse être prise en charge par l'assureur maladie, elle doit pouvoir être assimilée à une maladie grave du système de la mastication ou à une autre maladie grave au sens de l'art. 31 al. 1 LAMal (cf. consid. 3c in fine ; ATF 129 V 80 consid. 6). Si le Tribunal fédéral a indiqué qu'on ne pouvait sans autre partir du principe que l'ensemble des infirmités congénitales listées à l'art. 19a OPAS constituaient en tant que telles des maladies graves du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 LAMal, il a cependant précisé que parmi celles qui se rapportaient au visage, certaines affectaient incontestablement le système de mastication, de sorte que si cela se produisait de manière grave, les traitements dentaires pouvaient être pris en charge sur la base de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal (ATF 129 V 80 consid. 5.4). A cet égard, il faut constater que le mordex apertus fait non seulement partie des infirmités congénitales liées au visage, mais encore qu'il n'est reconnu comme infirmité congénitale au sens de la loi qu'en présence de valeurs angulaires précises et déjà restrictives en soi. Il se justifie par conséquent de retenir que lorsque les critères objectifs prévus à l'art. 19a al. 2 ch. 21 OPAS sont remplis, il existe une présomption de

- 17 - maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal. Le dossier ne permet pas de déterminer si les valeurs angulaires sont réalisées, aucune constatation médicale sur ce point ne figurant dans les rapports à disposition. En effet, si les avis de la Dre F. _____ sont relativement détaillés, ils ne mentionnent toutefois pas l'angle maxillo-basal et l'intimée n'a pas instruit ce point. Cependant, l'intimée a d'ores et déjà admis le diagnostic de mordex apertus et la qualification de cette maladie d'infirmité congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 21 OPAS sur la base des indications médicales, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point qui peut être considéré comme étant acquis. d) Il reste à déterminer si les autres conditions permettant la prise en charge de cette atteinte sur la base de l'art. 19a al. 1 et al. 2 ch. 21 OPAS sont remplies, en particulier le point de savoir si le traitement a fait l'objet d'une indication médicale constatant que l'infirmité congénitale requiert des soins à ce jour, soit après l'accomplissement de la vingtième année. Il est rappelé que la prise en charge par l'assurance-maladie ne se justifie pas si les traitements auraient pu être réalisés avant la vingtième année et ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie. Il est encore précisé qu'en présence d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication qui doit être

qualifiée d'infirmité congénitale, le fait que le traitement initial a été effectué seulement après que la personne assurée a atteint vingt ans révolus, sans raison médicale apparente, ne conduit pas nécessairement à l'exclusion de la prise en charge des traitements ultérieurs par l'assurance obligatoire des soins (ATF 147 V 187 consid. 5). Or, il n'existe pas au dossier d'avis médical permettant de constater la nécessité des soins proposés après la vingtième année de la recourante aux conditions posées par la jurisprudence. On ignore si le traitement litigieux aurait pu être exécuté avant l'accomplissement de la vingtième année et, si tel a été le cas, les motifs pour lesquels il n'a pas

- 18 - été réalisé avant que l'assurée n'ait atteint 20 ans. L'intimée relève à cet égard que cela ne ressortait pas du dossier, mais en réalité ce point n'a pas du tout été instruit et devra faire l'objet d'un complément d'instruction. On relève en outre que le cas n'a pas été soumis à un médecin de l'assurance, alors que la question de la nécessité du traitement en cause après la vingtième année doit faire l'objet d'une indication médicale soumise à l'appréciation d'un médecin. En définitive, en l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer si les conditions posées par l'art. 19a al. 1 let. a OPAS, justifiant une prise en charge en application de cette disposition, sont réunies. e) Au demeurant, l'intimée n'a pas soumis la question du caractère efficace, approprié et économique des prestations (art. 32 LAMal) envisagées à un médecin et ne s'est pas prononcée sur cette question. Son premier avis exprimé dans sa décision du 12 novembre 2019, selon lequel le traitement n'était pas en lien de causalité (soit pas approprié) avec la maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS, n'était pas suffisamment étayé, étant précisé qu'il ne reposait sur aucun avis médical. Ceci est toutefois sans incidence puisqu'après réception d'un avis médical plus détaillé pendant la procédure d'opposition, l'intimée a modifié son examen en admettant l'existence d'une infirmité congénitale et a examiné le cas à la lumière de l'art. 19a OPAS. Dans sa décision sur opposition du 8 avril 2021, l'intimée a fondé son refus de prester sur un autre motif lié aux conditions qui devaient être remplies en application de l'art. 19a al. 1 OPAS et ne s'est pas prononcée sur le caractère efficace, approprié et économique du traitement sollicité. Or, ces éléments sont indispensables pour admettre

- 19 - une prise en charge, qu'elle soit d'ailleurs fondée sur l'art. 17 ou sur l'art. 19a OPAS, de sorte qu'il conviendra de compléter l'instruction sur ce point, notamment en requérant des avis médicaux afin de déterminer si le traitement envisagé répond aux requis de l'art. 32 al. 1 LAMal pour traiter le mordex apertus dont souffre la recourante. f) En définitive, l'instruction devra être complétée afin de pouvoir déterminer si les conditions posées par les arts. 19a al. 1 let. a OPAS et 32 al. 1 LAMal sont remplies.

E. 6

La recourante soutient que l'intimée est liée par ses garanties de prise en charge qui comprendraient le traitement orthodontique précité. Or la garantie de prise en charge accordée le 25 janvier 2019 ne portait pas sur le traitement orthodontique en cause. En effet, elle répondait à une demande du Dr L. _____ du 30 décembre 2018 qui évoquait un traitement de l'arthrose des articulations temporo- mandibulaires, soit une maladie qui n'a finalement pas été retenue sur la base des dernières indications plus détaillées de la Dre F. _____, et qui précisait que la correction de la béance dans un deuxième temps par un traitement combiné d'orthodontie et de chirurgie maxillo-faciale ferait l'objet d'une nouvelle demande une fois la première partie du traitement effectuée. La deuxième acceptation de prise en charge du 21 mars 2019 répondait à une demande de la Dre F. _____ du 5 mars 2019 qui ne posait pas encore le diagnostic de mordex apertus mais

faisait état de signes de dégénérescence du condyle gauche et d'une luxation méniscale, et qui indiquait également que le bilan orthodontique serait envoyé ultérieurement à l'assurance, soit lorsque le Dr M. _____ aurait examiné la recourante. Ainsi, lorsque l'estimation d'honoraires pour le traitement orthodontique, détaillant les opérations prévues, lui a été soumise, l'intimée a refusé la prise en charge en indiquant que ce traitement n'était pas en lien avec la luxation du disque articulaire. Son refus avait donc trait

- 20 - au type de traitement envisagé pour traiter une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS, traitement dont elle n'avait pas connaissance en mars 2019 et qui devait lui être soumis dès que le bilan orthodontique serait réalisé. Au demeurant, la demande de prise en charge est aujourd'hui fondée sur un contexte médical et juridique légèrement différent. Par la suite, la Dre F. _____ a en effet justifié l'intervention orthodontique en invoquant l'existence d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS, disposition qui prévoit d'autres conditions que l'intimée n'a pas jugé réalisées en l'espèce. En définitive, l'intimée n'avait pas garanti la prise en charge, en janvier et en mars 2019, du traitement orthodontique tel qu'il a été exposé le 17 avril 2019 par Groupe Médico-Dentaire S. _____ SA, ce traitement devant encore lui être soumis par la suite. En outre, ce traitement concernait finalement une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS et non plus une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS. Il s'ensuit que l'on ne saurait admettre le paiement du traitement en cause sur la seule base des garanties de prise en charge antérieures qui ne se rapportaient pas au traitement litigieux. Les éléments nouveaux apportés dans l'intervalle nécessitent des mesures d'instruction complémentaires permettant de se prononcer en toute connaissance de cause sur la demande.

E. 7

La recourante fait valoir une violation du devoir de conseil de la part de l'intimée dès lors qu'elle a débuté de bonne foi le traitement en se fondant sur les garanties de prise en charge.

a) Ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des

- 21 - conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou espérance légitime (ATF 131 II 627 consid. 6.1 ; 129 II 361 consid. 7.1). b) Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 141 V 530 consid. 6.2 ; 131 II

627 consid. 6.1 et les références citées). Plus largement, le principe de la bonne foi s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit (TF 6B_659/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et la référence citée). c) En vertu de l'art. 27 LPGa, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2 in limine).

- 22 - Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (TF K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in : SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et réf. cit.). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1 et réf. cit.). d) L'erreur de droit, qui est admise de manière restrictive, est fondée sur l'idée que le justiciable doit s'efforcer de prendre connaissance de la loi et que son ignorance ne lui permet de s'exculper que dans des cas exceptionnels (ATF 129 IV 238 consid. 3.1). L'ignorance de la loi ne constitue donc en principe pas une raison suffisante et il appartient à celui qui se trouve face à une situation juridique qu'il ne maîtrise pas de prendre les renseignements nécessaires (ATF 128 IV 201 consid. 2). e) En l'espèce, comme indiqué plus haut (cf. consid. 6), les garanties de prise en charge ont été établies avant le bilan orthodontique, qui devait être soumis à l'intimée dès son établissement par l'orthodontiste, ce qui a été expressément relevé dans la demande de prise en charge, et dans le cadre d'un examen fondé sur l'application de l'art. 17 OPAS. Il y a lieu d'admettre que dans son courrier du 21 mars 2019, l'intimée acceptait notamment de rembourser le bilan qui devait être effectué mais ne se prononçait pas sur la prise en charge du traitement orthodontique qui n'avait encore pas été défini au moment de la demande et dont elle ignorait les détails. Or, l'exigence de la nécessité du traitement, de son efficacité, de son adéquation et de son caractère économique au sens des art. 19a OPAS et 32 LAMal afin d'obtenir une prise en charge par l'assurance-maladie implique une bonne connaissance des traitements envisagés, notamment. La recourante ne pouvait ignorer que la garantie de prise en charge ne pouvait pas porter sur le traitement orthodontique dont elle ignorait elle-même la teneur puisque le bilan

- 23 - orthodontique n'avait pas encore été réalisé. Puis, compte tenu du diagnostic de mordex apertus posé ultérieurement et qui a justifié un examen du cas sous l'angle d'une autre disposition, on ne saurait faire abstraction de la condition posée à l'art. 19a al.1 let a OPAS qui s'est posée seulement après que le diagnostic révélant une infirmité congénitale au sens de cette disposition a été constaté. C'est ainsi de manière infondée que la recourante se prévaut de sa bonne foi pour obtenir la prise en charge du traitement orthodontique en cause, sans plus amples mesures d'instruction.

E. 8

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément

d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Plusieurs mesures d'instruction sont nécessaires sur divers points sur lesquels la recourante, ses médecins, les médecins de l'assurance et l'intimée devront être entendus, respectivement se prononcer. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

- 24 -

E. 9

a) Le recours est par conséquent admis et la cause renvoyée à Q._____ pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. L'intimée est invitée à procéder à toutes mesures d'instruction utiles dans le sens des considérants, puis à rendre une nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire qualifiée, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., 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.

- 25 - Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 8 avril 2021 par Q._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Q._____ versera à K._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Jana Burysek (pour K._____), - Q._____, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 26 - 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). La greffière :

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