

VS_GERICHTE S2 19 3 vom 27. September 2021

VS Kantonsgericht, 2021-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_19_3

FR: VS_GERICHTE S2 19 3 du 27 septembre 2021

IT: VS_GERICHTE S2 19 3 del 27 settembre 2021

Regeste

RVJ / ZWR 2022 97 Assurance-maladie Krankenversicherung ATC (Cour des assurances sociales) du 27 septembre 2021, X. c. Y. SA – S2 19 3 Prise en charge d'un traitement dentaire ; lien de causalité avec l'accident ; critères d'efficacité, adéquation et économicité - Procédure prévue par la Convention tarifaire entre la Société suisse d'odonto- stomatologie (SSO) et le Concordat des assureurs maladie suisses (CAMPS) pour la prise en charge des frais de traitement (consid. 2.2.1). - Prestations de l'assurance-maladie en cas d'accident ; lien de causalité et séquelles tardives (consid. 2.2.2, 3.1.1 et 3.2.1). - Critères d'efficacité, adéquation et économicité (consid. 2.3 et 3.1.2). - Valeur probante des rapports établis par les médecins des assurances (consid. 2.4). - Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une maladie grave du système de mastication (consid. 2.2.1 et 3.2.3). Übernahme der Kosten einer Zahnbehandlung; Kausalzusammenhang mit dem Unfall; Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Posté le 9 janvier 2019, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 12 décembre 2018 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le refus de l'intimée de prendre en charge les traitements facturés et devisés par le Dr D _____ à hauteur de 1721 fr. 50 (note d'honoraires du 21 janvier 2014) et de 5177 fr. 45 (devis du 20 mars 2018) pour des soins réalisés à la fin 2013 et en 2018.

E. 2.1

Alors que la décision du 25 juillet 2018 ne portait que sur le traitement dentaire de 2018, l'intimée a, dans sa décision sur opposition du 12 décembre 2018, étendu le refus de prise en charge au traitement dentaire effectué en 2013. Or, la Cour constate que ce traitement avait déjà fait l'objet d'une demande de remboursement rejetée le 22 mai 2014 par l'intimée, sans contestation de la part de l'assurée en son temps. Cette dernière ne saurait dès lors revenir sur ce point après plus de quatre ans. En effet, selon la jurisprudence, il sied de considérer qu'un assuré s'est accommodé de la réglementation rendue à son égard s'il

n'est pas intervenu dans un délai de 12 à 14 mois pour exiger une décision formelle de l'assurance (cf. jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 9 avril 2014 dans la cause 200.2012.1213 consid. 2 ; Kieser, ATSG Kommentar, 2020, ad art. 51 ch. 20 ss). Ainsi, la demande de remboursement du montant de 1721 fr. 50 apparaît mal fondée. Quoiqu'il en soit, elle doit être rejetée sur le fond (cf. consid. 3.1.1 ci-dessous). 2.2.1 Conformément à l'article 31 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les frais des soins dentaires uniquement s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles. Dans de tels cas, l'assurance-maladie prend en charge la totalité des frais du traitement qui s'impose. Celui-ci doit cependant être efficace, approprié et sans mesure superflue.

- 9 - Le cas d'urgence mis à part, le médecin-dentiste doit suivre la procédure prévue par la convention tarifaire entre la SSO et le CAMPS et soumettre un plan de traitement à l'assurance-maladie avant de commencer les soins (art. 7 de la convention). Cela oblige, certes, le patient à attendre un peu avant d'entreprendre le traitement. En échange, il aura la certitude que les frais seront effectivement pris en charge. Dans ce cas de figure, le décompte des prestations est régi par le système du tiers payant. Autrement dit, l'assurance-maladie paie la facture d'honoraires et refacture quote-part et franchise au patient. Conclue entre assureurs et médecins-dentistes, cette convention ne saurait être opposée à l'assurée qui n'y est pas partie. En cas de non-respect par le dentiste-traitant des modalités prévues par la convention, il appartient à l'assurance d'agir directement à l'encontre du fournisseur de prestations, cas échéant par le biais d'une procédure devant le Tribunal arbitral (cf. jugement de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal de Genève ATAS/1248/2013 du 12 décembre 2013 consid. 8). 2.2.2 Hormis les cas de maladie du système de la mastication, l'assurance-maladie alloue également des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal). C'est le cas notamment pour les enfants, les personnes sans emploi ou les indépendants. Les frais sont alors pris en charge par l'assurance-maladie auprès de laquelle elles sont assurées au moment de l'accident (art. 31 al. 2 LAMal). Est réputée 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur

- 10 - l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3). Le droit à des prestations de

l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 129 V 402 consid. 2.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées). Les complications et les séquelles tardives sont également prises en charge. Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). Comme l'article 31 alinéa 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causés par un accident selon l'article 1a alinéa 2 lettre b, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de prester de l'assurance-maladie (ATF 126 V 319 consid. 4a ; RAMA 1998 n° KV 33 p. 284 consid. 2).

E. 2.3

Selon l'article 28 LAMal, en cas d'accident au sens de l'article 1a alinéa 2 lettre b LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). 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). 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

- 11 - 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). Le critère de l'économicité 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 combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal). 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 (art. 57 al.

E. 2.4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 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

- 12 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 3. En l'espèce, l'assurée requiert la prise en charge des traitements dentaires facturés et devisés par le Dr D _____ en 2013 et 2018 qui seraient en lien avec l'accident du 9 juin 1984. Il convient ainsi d'analyser, tout d'abord, si les traitements effectués ont un lien de causalité qui peut être qualifié de probable avec l'accident, puis dans l'affirmative, s'ils sont efficaces, appropriés et économiques au sens de l'article 32 alinéa 1 LAMal. 3.1.1 S'agissant du traitement effectué en 2013 consistant en la mise en place d'une CCM pour des raisons de délabrement et de discoloration de la dent n° 11, le lien de causalité avec l'accident de 1984 doit être admis. 3.1.2 En revanche, ce traitement ne remplit pas les exigences d'efficacité, adéquation et économie de l'article 32 LAMal. En effet, selon le Dr F _____, la pose d'une couronne en 2013 était trop risquée dès lors qu'il ne restait pratiquement plus de substance dentaire sur les radiographies à disposition. Ce fait n'est pas contesté par le Dr D _____ qui a attesté le 9 août 2018 qu'en 2013, la dent était délabrée, c'est-à-dire qu'il n'y avait plus suffisamment de structure dentaire. Or, dans une telle situation, le Dr F _____ estime qu'il aurait été préférable de s'abstenir ou alors de restaurer la dent en réalisant une reconstitution interne puis fixer une couronne prothétique (réponse 19), comme cela a dû être finalement effectué en 2018. De l'avis du médecin-dentiste conseil, il était certain à 75% que la dent dans son état en 2013 ne serait pas apte à supporter une couronne à long terme, ce qui s'est confirmé puisque la couronne a dû être changée après 5 ans alors que la durée de vie d'une prothèse est en moyenne de plus de 10 ans. La recourante n'apporte aucun élément permettant de mettre en doute les explications du médecin-dentiste conseil. Ni le Dr D _____ ni un autre dentiste n'a pris position sur la question de l'efficacité et l'adéquation du traitement.

Le seul point de vue de la recourante, non étayé, ne saurait suffire à écarter l'avis du Dr F _____, qui ne comporte aucune contradiction ni erreur manifeste susceptibles de lui ôter toute valeur

- 13 - probante. En outre, le seul fait que le Dr F _____ soit lié à l'assureur ne permet pas de douter de son impartialité ni de son objectivité, étant relevé que les questions posées n'apparaissent ni subjectives ni orientées aux yeux de la Cour (ATF 137 V 210 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 234/05 du 17 février 2006 consid. 2.1). 3.2.1 S'agissant du traitement réalisé en 2018 consistant en la mise en place d'un implant et d'une couronne, celui-ci a dû être réalisé en raison du développement d'une ostéolyse péri-radicaire. L'ostéolyse correspond à une destruction du tissu osseux qui est dû le plus souvent par une parodontite ou une maladie infectieuse du support dentaire. Selon le Dr F _____, cette affection diagnostiquée en 2018 ne peut pas être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident de 1984, dès lors qu'à cette occasion seul le tissu pulpaire avait été blessé et non pas le parodonte, lequel était d'ailleurs encore en bon état (sans souffrance) en 2013 (réponses 23, 26 et 29). A l'examen de la radiographie du 7 juillet 2014, le médecin-dentiste conseil a constaté que la limite de la CCM était juxtaosseuse et que l'espace biologique n'avait pas été respecté lors de la confection de la prothèse (réponses 29 et 30). Il a dès lors conclu que la réaction inflammatoire autour de la dent n° 11 avait été causée très probablement (à 75%) par la mauvaise position de la CCM fixée en 2013, au demeurant sans l'aval de l'assureur (réponse 31). Ces explications cohérentes convainquent la Cour et ne sauraient être mises en doute par le bref courrier du 12 juin 2018 du Dr D _____ qui n'a fourni aucune explication sur la nature et les causes possibles de l'affection apparue en 2017, se contentant de déclarer n'avoir jamais entendu dire qu'une couronne pouvait provoquer une ostéolyse péri-articulaire et d'affirmer péremptoirement que cette affection était due au traumatisme précédent. Ce point de vue non étayé et peu convaincant ne suffit pas à mettre en doute l'appréciation du Dr F _____. Dans ces circonstances, il apparaît superflu de faire procéder à une expertise, les faits étant suffisamment établis (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid.

E. 4

Au vu de ce qui précède, il sied de rejeter le recours et de confirmer la décision sur opposition de l'intimée du 12 décembre 2018.

E. 4.1

; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 consid. 5.3). 3.2.2 En l'absence de lien de causalité probable entre l'ostéolyse péri-radicaire diagnostiquée en 2018 et l'accident de 1984, il n'y a pas lieu d'examiner si le traitement était efficace, approprié et sans mesure superflue.

- 14 - 3.2.3 Reste à vérifier si l'intimée doit prendre à sa charge le traitement prodigué en 2018 sous l'angle de l'article 31 alinéa 1 LAMal, lequel prévoit que 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 (let. a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'article 33 alinéas 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'article 33 lettre d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté les articles 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie

du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'article 31 alinéa 1 lettres a à c LAMal. Selon une jurisprudence constante, la 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 279 consid. 3.2 ; 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b ; 124 V 185). Or, l'ostéolyse péri-radriculaire ne figure pas dans cette liste, comme l'a confirmé le Dr F _____ à la réponse 32 du questionnaire. La prise en charge du traitement n'incombe dès lors pas à l'assurance obligatoire des soins.

E. 5

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a 1ère phrase aLPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais.

Sion, le 27 septembre 2021

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