



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2018 235

Arrêt du 5 avril 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Johannes Frölicher

Juges :

Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud

Greffière :

Angelika Spiess

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Anne Genin, avocate
contre

B. _____ **SA, autorité intimée**

Objet

Assurance-maladie (traitement dentaire; adéquation et économicité)
Recours du 14 septembre 2018 contre la décision sur opposition du
17 juillet 2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1946, domiciliée à C. _____, a chuté dans les escaliers le 12 juin 2017 et subi au visage une blessure ouverte à l'arcade sourcilière gauche et des contusions à la lèvre supérieure. Lors de cet accident, elle était assurée auprès de B. _____ SA (ci-après: l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins pour maladie et accidents.

Le 5 septembre 2017, son chirurgien-dentiste a effectué un constat post-accident qui a permis de diagnostiquer une contusion des dents 11 et 21 (incisives) ainsi que des lésions à la céramique. Il lui a proposé un traitement consistant en la pose de deux implants et de deux couronnes provisoires, puis définitives.

Par devis du 5 septembre 2017 et du 17 octobre 2017, ce traitement a été estimé à CHF 1'706.55 (chirurgien-dentiste), respectivement à CHF 5'316.45 (dentiste traitant), frais du laboratoire en sus.

B. Par décision formelle du 23 avril 2018, l'assureur a refusé de prendre à sa charge le traitement dentaire devisé, car il remet en question la relation entre l'accident et les dégâts constatés sur la dent 21.

Le 14 mai 2018, l'assurée a formé opposition. Elle soutient que ce n'est qu'après l'accident que les fractures de la céramique ont été constatées sur les deux dents concernées et que les investigations ultérieures ont révélé la réalité des dommages internes.

Par décision sur opposition du 17 juillet 2018, l'assureur a rejeté l'opposition, confirmant le refus de la prise en charge du traitement relatif aux implants, devisés à CHF 7'523.-. Il a cependant accepté d'intervenir pour la confection d'une prothèse amovible supérieure définitive comme alternative de traitement plus économique.

Suite à cette décision, les dentistes ont émis le 22 et le 30 août 2018 de nouveaux devis, pour un montant total de CHF 5'532.55, relatifs à la solution de la prothèse amovible.

C. Le 14 septembre 2018, l'assurée, représentée par Me Anne Genin, interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant à l'annulation de la décision attaquée et, principalement, à la prise en charge du traitement par implants, subsidiairement, à la prise en charge du traitement par prothèse amovible.

A l'appui de son recours, la recourante expose qu'il est nécessaire, pour la solution par prothèse amovible, de passer par une prothèse provisoire avant de passer à une prothèse définitive, de sorte que l'assureur doit prendre en charge également la prothèse provisoire. S'agissant de la solution par implants, la recourante met en exergue le fait que, selon l'avis de ses dentistes, seule la pose de deux implants permet d'éviter, sur le long terme, un nouveau problème dentaire.

D. Suite aux courriers échangés spontanément entre les parties sur la prise en charge d'un traitement par prothèse provisoire puis définitive, l'assureur conclut dans ses observations du 19 décembre 2018, principalement, au rejet du recours et, subsidiairement, au renvoi de l'affaire. Il déclare vouloir prendre en charge, sur le principe, un traitement par la conception d'une prothèse amovible provisoire puis définitive. Le devis de CHF 2'004.- pour la prothèse définitive ayant été accepté, c'est le devis de CHF 3'528.55 relatif à la prothèse provisoire qui était partiellement contesté.

Dans ses contre-observations spontanées du 5 février 2019, la recourante reproche à l'assureur de "biaiser" aussi bien les faits que les constats de ses prestataires, ce qui a rendu le suivi du dossier particulièrement complexe. Elle précise que ses dentistes avaient établi leur devis uniquement pour déterminer le coût d'une prise en charge par prothèse amovible. La transmission de ces devis ne constituait en rien un consentement de la recourante pour cette solution. C'est donc de manière fallacieuse que l'assureur en conclut que les dentistes considéraient la solution par prothèse amovible comme appropriée et efficace, à plus forte raison que tous les intervenants, à savoir les Dres D. _____ et E. _____ ainsi que le technicien du laboratoire estimaient qu'en raison de l'endognathie de la patiente, un traitement par prothèse amovible eût été problématique dans son cas.

E. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures entre les parties.

Pour autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

2.1. En vertu de l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), l'accident se définit comme 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.

2.2. Conformément à l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal.

Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 127 V 138 consid. 4a et 4d; arrêt TF 9C_972/2011 du 7 mai 2012 consid. 3.2).

L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication

médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 145 consid. 4.4.2 et les références).

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. 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). Le Tribunal fédéral a concédé que l'économie du traitement peut prêter à discussion en matière de traitements prothétiques, étant donné l'éventail des prestations. Si plusieurs traitements sont envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (ATF 124 V 196 consid. 3).

3.

3.1. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3 et réf. cit.).

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. A teneur de l'art. 57 al. 4 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.

Dans la conduite de la procédure administrative, 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. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

3.2. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier

l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

Lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, le tribunal ne peut pas procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, s'il estime qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou qu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant, soit renvoyer la cause à l'assureur pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

4.

Est litigieuse, en l'espèce, la prise en charge du traitement pour remplacer les deux incisives accidentées. L'assureur privilégie la confection d'une prothèse amovible du fait qu'il s'agit d'une alternative sensiblement plus économique qu'une réhabilitation implantoportée. La recourante, quant à elle, favorise la solution par implants, se fondant sur l'avis de ses dentistes traitants, lesquels considèrent que le traitement par prothèse amovible est problématique, compte tenu de son endognathie.

Au stade de la procédure de recours, l'assureur ne conteste plus le lien de causalité entre les dégâts sur les incisives et l'accident survenu en juin 2017. S'il est vrai qu'il a approuvé uniquement la prise en charge d'une prothèse définitive dans la décision sur opposition attaquée, il a consenti, dans ses observations du 19 décembre 2018, à prendre en charge également la prothèse provisoire, mais conteste partiellement le devis établi à cet effet.

Dans ces circonstances, il sied d'examiner en premier lieu la question de savoir si le traitement par prothèse amovible est approprié dans le cas de la recourante, compte tenu son endognathie (déformation de la mâchoire dont le résultat est une étroitesse du maxillaire; cf. vulgaris médical).

4.1. En octobre 2018, la recourante a demandé à ses dentistes ainsi qu'au technicien du laboratoire de se positionner par rapport au traitement par prothèse amovible préconisé par l'assureur (courrier du 9 novembre 2018; pièce 22 du dossier constitué par l'assureur).

Selon le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, la prothèse amovible "est admissible, mais très compliquée chez A. _____ qui souffre d'endognathie (elle se mord le palais avec les dent inférieures), c.à.d. [qu'il y a] très peu de place pour la plaque du palais faisant partie de la prothèse".

Le Dr E. _____, médecin-dentiste, estime que *"l'endognathie demanderait un meulage assez conséquent du bord des incisives inférieures pour laisser la place à la plaque d'une prothèse. Ces incisives étant par ailleurs déjà relativement courtes, ce meulage présenterait un inconvénient autant esthétique que celui lié au risque de provoquer des sensibilités voire un traitement de racines de ces dents"*.

Au nom du laboratoire de prothèses dentaires, le technicien décrit la situation dans les termes suivants: *"Une prothèse amovible avec un châssis métallique coulé aurait été difficilement admissible techniquement au vu [de] la situation en deep-bite, les dents antérieures de la mandibule viennent buter sur la gencive du maxillaire derrière les deux [dents] centrales en question. Cette solution néanmoins réalisable aurait probablement nécessité de retoucher (c'est-à-dire diminuer) les dents saines antagonistes en vue de donner de la place pour le châssis métallique, ce qui n'est évidemment pas conservateur, ni déontologiquement acceptable avec les moyens à disposition aujourd'hui. De plus, la fonction de mastication de celles-ci se serait fait[e] sur le châssis métallique, donc vraiment pas idéal, avec le risque de les endommager"*.

4.2. Le Dr F. _____, médecin-dentiste et dentiste-conseil de l'assureur, avance dans sa prise de position du 19 novembre 2018 (pièce 23 du dossier constitué par l'assureur) que les spécialistes traitants tentent d'esquiver le traitement par prothèse. A son avis, ce traitement est possible chez cette patiente, surtout qu'elle est actuellement munie d'une prothèse amovible, malgré l'endognathie évoquée. Il s'étonne que les Dres D. _____ et E. _____ n'aient évoqué l'endognathie pour la première fois qu'en octobre 2018 et fait remarquer que leurs devis établis au mois d'août 2018 concernant la prothèse amovible ne mentionnent pas de positions tarifaires relatives aux meulages de dents (4096) en raison de l'endognathie. Il en déduit que la confection d'une prothèse n'est pas exclue dans le cas de cette patiente.

4.3. Dans ses observations spontanées du 5 février 2019, la recourante précise qu'elle n'a pas attendu la décision de l'assureur pour poser des implants, étant donné qu'avec la prothèse provisoire les molaires ne se rejoignaient pas et qu'elle ne pouvait pas mâcher correctement, ni même mordre dans une fraise. S'agissant de l'avis du dentiste-conseil, elle signale surtout que ce dernier ne l'a jamais reçue en consultation.

5.

Amenée à trancher le présent litige, la Cour de céans retient ce qui suit.

Il convient de rappeler que l'assureur a refusé dès le départ de prendre en charge le traitement par implants, préférant l'alternative moins coûteuse de la prothèse amovible. Ainsi, les parties se sont disputées principalement sur la prise en charge des frais relatifs à une telle prothèse amovible, alors même que la recourante a d'ores et déjà fait réaliser la pose des deux implants. Ceci ne saurait néanmoins faire obstacle à une prise en charge, par l'assureur, de l'une des deux solutions.

D'un point de vue médical, les dentistes de l'assurée ainsi que le technicien du laboratoire se prononcent clairement en faveur de la solution par implants, étant donné que l'endognathie impliquerait le meulage de certaines dents pour faire de la place à la prothèse amovible, avec le risque de provoquer des sensibilités, voire de nécessiter un traitement de racines des dents saines.

Si une prothèse amovible s'avère, comme le soutient le dentiste-conseil, techniquement réalisable malgré la problématique de l'endognathie, cela ne veut pas dire pour autant que cette solution soit

appropriée dans le cas de l'assurée. Pour mémoire, la jurisprudence considère une mesure comme appropriée si celle-ci présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (cf. ATF 139 V 145 consid. 4.4.2). En l'espèce, les possibles conséquences d'une prothèse amovible sur les dents saines (meulage, traitement de racines) conduisent à conclure que cette solution – comparée à celle par implants – n'est manifestement pas appropriée. Le fait qu'il s'agisse d'une mesure moins coûteuse par rapport aux implants est donc ici sans importance, le critère de l'économicité n'intervenant qu'en présence de plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées (cf. ATF 139 V 135 consid. 4.4). Comme la pose d'une prothèse implantoportée est le seul traitement qui réponde au critère de l'adéquation, le critère économique est relégué au second plan.

6.

Au vu des éléments qui précèdent, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée.

L'assureur doit prendre en charge les frais relatifs à une prothèse implantoportée selon la facture établie en conformité avec les tarifs en vigueur.

7.

Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens entiers (art. 61 let. g LPGA). Ceux-ci sont fixés conformément aux art. 142 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et 12 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). A noter que l'usage d'un forfait calculé au titre de débours n'est prévu qu'en procédure civile et non pas administrative (cf. arrêt TC 608 2015 159 du 16 novembre 2016; art. 68 du règlement cantonal du 30 novembre 2010 sur la justice [RJ; RSF 130.11]).

La mandataire de la recourante a produit le 1^{er} mars 2019 une note d'honoraires d'un montant total de CHF 6'681.38, comprenant CHF 6'203.72 à titre d'honoraires, dont des frais forfaitaires (5%) de CHF 295.40, et CHF 477.66 au titre de la TVA (7.7%).

Sur le vu de la complexité relative du cas, des écritures produites en procédure et des travaux strictement nécessaires à la bonne exécution du mandat, il se justifie de s'écarter de la liste de frais produite par la mandataire – de plus non conforme au tarif en ce qui concerne les débours forfaitaires – et de fixer l'indemnité à CHF 2'154.- (CHF 2'000.- à titre d'honoraires, y compris les débours, plus CHF 154.- de TVA à 7.7%). Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée à la mandataire de la recourante.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis et la décision sur opposition de B. _____ SA du 17 juillet 2018 annulée.

Partant, B. _____ SA doit prendre en charge les frais relatifs à une prothèse implantoportée selon la facture établie en conformité avec les tarifs en vigueur.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Une indemnité de partie de CHF 2'154.- comprenant des honoraires de CHF 2'000.-, y compris débours, plus CHF 154.- à titre de TVA (7.7%), est allouée à A. _____ à charge de B. _____ SA.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 5 avril 2019/asp

Le Président :

La Greffière :