

du 7 mai 2002

dans la cause

Madame M. A.

représentée par son mari, M. C. A.

contre

X, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS

EN FAIT

1. Madame M. A., domiciliée à Genève, est née en 1958. Depuis 1996, elle est assurée auprès de X - assurance maladie et accidents à ... (ci-après : la société X), pour l'assurance obligatoire des soins y compris la couverture accidents ainsi que pour deux assurances complémentaires soit D. et une assurance d'hospitalisation Z. semi-privée.

2. A l'âge de 13 ans, Mme A. - alors Mlle G. - a été victime d'un accident de la route le 8 juillet 1972. Elle était passagère d'un véhicule au moment du choc. A la suite de celui-ci, elle a été hospitalisée, souffrant d'une fracture du fémur et de plaies au visage ainsi que d'une fracture des incisives et d'une canine supérieure.

Les soins dentaires ont été prodigués par le Dr R. H., médecin-dentiste à Genève.

3. Au cours de l'automne 2000, M. C. A., époux de l'assurée, a pris contact par téléphone avec la société X. Il souhaitait savoir si la nouvelle prothèse que le Dr C. G., médecin-dentiste traitant de son épouse à Genève, envisageait pour celle-ci serait ou non prise en charge par cette assurance, une prothèse ayant normalement une durée de 12 à 15 ans. A ce stade, l'extraction de 4 dents n'a pas été envisagée.

4. Suite à ce téléphone, la société X a envoyé à M. A. un bulletin d'accident en le priant de le remplir.

5. Le 1er novembre 2000, M. A. a adressé ce bulletin d'accident à la société X en faisant référence à l'accident dont son épouse avait été victime le 8 juillet 1972 et en joignant l'estimation d'honoraires du Dr G. pour le traitement envisagé, traitement qui s'élevait à CHF 25'580.- dont CHF 9'547.- de frais de laboratoire.

Le 20 novembre 2000, le Dr G. a indiqué à la société X que le traitement prévu était la conséquence à très long terme de l'accident de voiture dont Mme A. avait été victime le 8 juillet 1972. "Une réhabilitation prothétique a une survie de 80% à 85% à 12 ans et toutes considérations confondues (fonctionnelle, esthétique, infectieuse, traumatique), il paraît raisonnable qu'un travail dentaire prothétique doive être changé après 15 ans (Source Université de Genève)".

6. La société X a soumis le dossier à son médecin-dentiste conseil, le Dr R. N., à Zurich.

Dans un courrier du 28 mai 2001 (non traduit) celui-ci a estimé que le traitement envisagé n'était pas à charge de la société X, que ce soit au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) ou de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). L'extraction des dents 11, 12, 15 et 22 était nécessaire en raison de caries et de problèmes de racines, ce qui ressortait clairement du courrier du Dr G. du 9 octobre 2000. Dans cette attestation en effet, le Dr G. avait indiqué "vingt-huit ans plus tard, ces restaurations dentaires sont toujours en place. Actuellement, la présence de caries radiculaires, de problèmes endodontiques et paradontaux, aura pour conséquence l'élimination de 4 dents piliers. Il en résulte que le travail prothétique réalisé en 1972 à cause de l'accident doit être déposé et qu'une nouvelle réalisation prothétique doit être entreprise".

7. Le 29 juin 2001, la société X a relevé que le traitement devait être envisagé sous l'angle de la LAMal et non de la LAA car il ne s'agissait pas de séquelles tardives dudit accident.

L'extraction des 4 dents s'avérait nécessaire mais ne relevait en aucun cas de la LAMal.

Pour le reste, le nouveau travail prothétique ne faisait en aucun cas figure de premiers soins prothétiques. Même si aucun accident n'était intervenu, la réalisation d'une nouvelle prothèse aurait dû être effectuée en raison de l'altération normale, et le lien de causalité adéquate entre l'accident du 8 juillet 1972 et le traitement dentaire envisagé devait être nié.

8. Le 3 juillet 2001, M. A., représentant son épouse, a accusé réception du courrier précité et sollicité une décision formelle.

9. Par courrier du 31 août 2001, il s'est dit prêt à prendre en charge le coût spécifiquement lié aux quatre dents devant être extraites.

10. Par décision formelle du 11 septembre 2001, la société X a repris textuellement son courrier du 29 juin

2001, sans même donner acte à M. A. du fait qu'il acceptait de prendre en charge les coûts relatifs à l'extraction de quatre dents. La société X a refusé derechef d'assumer la totalité des frais de traitement pour les motifs déjà énoncés.

11. En temps utile, M. A. a fait opposition le 26 septembre 2001.
12. Par décision du 16 octobre 2001, la société X a rejeté l'opposition estimant qu'il ne s'agissait pas d'un traitement dentaire au sens de l'article 31 alinéa 2 LAMal puisqu'il n'existait pas de lien de causalité naturelle ni adéquat entre l'accident et le dommage, qu'il ne s'agissaient pas de séquelles tardives de l'accident du 8 juillet 1972 et qu'enfin, l'extraction des quatre dents ne relevait pas de la LAMal.

La voie de droit indiquée était celle des articles 86 et 87 LAMal.

13. Par acte posté le 1er novembre 2001, M. A. a recouru auprès du Tribunal administratif, fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances au nom de son épouse contre cette décision, en concluant à son annulation et à la prise en charge du coût intégral lié à la réalisation de la nouvelle prothèse dentaire, exception faite du coût spécifiquement lié à l'extraction des quatre dents non touchées par l'accident. Après une année de tergiversations, Mme A. ne pouvait plus différer le traitement et celui-ci serait entrepris avant la fin de l'année 2001.
14. La société X a conclu au rejet du recours en demandant de plus que tous les frais de la procédure soient mis à la charge de la recourante. La réponse reprenait une fois encore mot pour mot la décision sur opposition, si ce n'est qu'elle mentionnait pour la première fois que M. A. était prêt à prendre en charge le coût d'extraction des quatre dents précitées.
15. A la requête du juge délégué, la société X a fait parvenir au tribunal de céans une traduction de sa pièce n°7, soit de l'attestation du Dr N., laquelle a été transmise à la recourante.
16. Quant à la recourante, elle a précisé par courrier du 8 mars 2002, qu'en 1972 elle était assurée pour les accidents auprès de l'assurance scolaire. Le sinistre du

8 juillet 1972 avait été pris en charge par l'assurance responsabilité civile du conducteur fautif : il s'agissait de la Y assurances.

17. Par courrier du 21 mars 2002, le juge délégué s'est enquis auprès du service des assurances de l'Etat si à l'époque de l'accident, survenu en 1972, un autre assureur social avait pris en charge les frais dentaires.

Le 15 avril 2002, ledit service a répondu que l'assurance scolaire n'était pas un assureur social au sens strict du terme. Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, les cas dentaires étaient traités ainsi : "les frais dentaires suite à un accident couvert étaient pris en charge dans la limite de la couverture ordinaire, soit CHF 20'000.- et cela pendant une durée de trois ans. Ce délai était communiqué clairement aux parents. Après ces trois ans, les parents devaient expressément faire une demande pour obtenir un complément de CHF 1'000.- pour des traitements futurs, par dent endommagée". Aucun dossier d'accident de cette époque n'existait dans les archives du service et celui-ci ne savait donc pas si une autre assurance était intervenue à l'époque en faveur de la recourante.

18. Ces éléments ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).

2. A teneur de l'article 31 alinéa 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût 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 séqu

Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'article 1er, 2ème alinéa, lettre b (art. 31 al. 2 LAMal), soit dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

3. En l'espèce, la société X admet que le travail prothétique réalisé juste après l'accident avait pour but de rétablir la fonction masticatoire.

La seule question à trancher est celle de savoir si la nouvelle prothèse à réaliser, qui doit remplacer l'ancienne en raison de l'usure de celle-ci, doit être prise en charge par l'intimée au titre de la LAMal.

4. La nouvelle prothèse n'est pas rendue nécessaire par une maladie grave et non évitable du système de la mastication au sens de l'article 31 alinéa 1 LAMal précité et n'entre pas dans la liste exhaustive des cas énumérés à l'article 17 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; RAMA 1999, pp. 145 à 149).

5. Reste à déterminer si ce traitement peut constituer une séquelle tardive de l'accident survenu en 1972, soit 28 ans auparavant et si par conséquent ces frais doivent être pris en charge par la société X en vertu des articles 1 alinéa 2 litt. b et 31 alinéa 2 LAMal.

6. a. En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et

il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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. 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 l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

7. En vertu de l'article 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles (ATA M. du 29 janvier 2002).
8. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une affection tenue pour guérie se manifeste à nouveau entraînant des soins médicaux, voire une nouvelle incapacité de travail. On est en présence d'une suite tardive, lorsqu'une affection apparemment guérie provoque au bout d'un certain temps des désordres organiques ou aussi psychiques, révélateurs possibles d'une symptomatologie différente de l'affection première (ATF 118 V 296; 105 V 31 consid. 1c p. 35).

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation est long et plus les exigences quant à la preuve, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RJ 1994 46 consid. 1b; ATFA B. du 30 août 1993; ATA P. du 21 novembre 1995 et les références citées; ATA J.-C. du 8 octobre 1996; ATA M. précité).

Dans un récent arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a jugé "qu'en matière d'application du droit dans le temps, se pose la question des frais de traitement pour les séquelles tardives ou les rechutes d'accidents, qui se sont produits avant l'entrée en

vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996 lorsque ni un assureur social tenu prioritairement selon l'article 110 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), ni un autre assureur tenu en vertu de l'article 102 alinéa 4 LAMal n'ont à en répondre. Selon le système de la loi et les buts fixés par le législateur, c'est normalement à l'assurance-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement qu'il incombe de prêter. Cette règle découle au demeurant de la disposition de l'article 103 alinéa 1 LAMal qui se réfère à la date du traitement et non pas par exemple à celle de l'événement assuré ou de l'envoi de la facture. En matière d'assurance maladie en effet, la date de la survenance de la maladie ou de sa première apparition n'est pas décisive pour déterminer l'obligation de prêter de l'assurance. Au vu de l'article 28 LAMal qui met sur pied d'égalité les prestations en cas de maladie et d'accident, on doit en déduire que lorsque les conditions de l'article 1er alinéa 2 lettre b LAMal sont données, il en va de même de la prise en charge par l'assureur-maladie, tenu au moment du traitement, des soins pour les suites tardives ou de la rechute d'un accident" (ATF 126 V 319 et ss considérant 4a).

9. En l'espèce, les frais dentaires dont la prise en charge est requise n'entrent pas dans le cadre de ceux énoncés aux articles 31 alinéa 1 LAMal et 17 à 19 OPAS.
10. Enfin, le courrier du service des assurances de l'Etat ne permet pas d'établir que la recourante aurait été, au moment de l'accident, au bénéfice d'une autre assurance-accident que l'assurance scolaire. Néanmoins, cette question peut rester ouverte pour les raisons qui suivent.

Le traitement dentaire dont la prise en charge est requise constitue des séquelles tardives de l'accident de 1972 et la société X doit répondre des frais de traitement selon l'article 31 alinéa 2 LAMal.

11. Le recours sera donc admis. Il ne sera pas alloué d'indemnité, la recourante n'ayant pas encouru de frais particuliers pour sa défense (art. 89 G LPA).

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 1er novembre 2001 par Mme M. A. contre la décision sur opposition de la société X du 16 octobre 2001;

au fond :

l'admet;

condamne la société X, Assurance maladie et accidents, à rembourser à la recourante les frais relatifs au remplacement de sa prothèse dentaire;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ni alloué d'indemnité;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à Monsieur C. A., représentant Madame M. A. ainsi qu'à la société X, assurance maladie et accidents et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Thélin, président, MM. Paychère et Schucani, Mme Bonnefemme-Hurni, juges, M. Torello, juge suppléant

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste : le président :

C. Del Gaudio-Siegrist Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci