RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1725/2004 **ATAS/543/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème Chambre

du 20 juin 2005

En la cause

Madame A_____, représentée par M. A_____, route de la recourante

contre

CONCORDIA , assurance-maladie et accidents, Bundesplatz 15, 6003 Lucerne intimée

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Madame A_____, est née en 1958. Depuis 1996, elle est assurée auprès de CONCORDIA – assurance maladie et accidents (ci-après : l'assurance), pour l'assurance obligatoire des soins y compris la couverture accidents ainsi que pour deux assurances complémentaires.

2. Le 8 juillet 1972, l'assurée, âgée de treize ans, a été victime d'un accident de la circulation. Elle a notamment subi une fracture des incisives et d'une canine supérieures ayant nécessité d'importants soins conservateurs et prothétiques.

   Les soins dentaires ont été prodigués par le Dr B_____, médecin-dentiste à Genève. A l'époque, la recourante était assurée auprès de l'assurance scolaire, laquelle n'est pas intervenue dans le cadre de l'accident.

3. Au cours de l'automne 2000, M. A_____, époux de l'assurée, a requis de l'assurance la prise en charge des frais d'une nouvelle prothèse pour son épouse destinée à remplacer celle qui avait été posée à l'origine.

4. Selon une estimation d'honoraires du 7 septembre 2000 du Dr C_____, médecin-dentiste, pour le traitement envisagé, celui-ci s'élevait à 25'580.- fr. dont 9'547.- fr. de frais de laboratoire.

5. Le 9 octobre 2000, le Dr C_____ a attesté qu'actuellement la présence de caries radiculaires, de problèmes endodontiques et parondotaux, aurait pour conséquence l'élimination de quatre dents piliers. Le travail prothétique réalisé en 1972 devait en conséquence être déposé et une nouvelle réalisation prothétique entreprise.

   Le 20 novembre 2000, le Dr C_____ a indiqué à l'assurance que le traitement prévu était la conséquence à très long terme de l'accident de voiture dont la patiente 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. Le médecin-conseil de l'assurance, le Dr Richard D_____, a estimé que le traitement envisagé n'était pas à charge de l'assurance, que ce soit au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ou de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). 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 C_____ du 9 octobre 2000.

7. Le 29 juin 2001, l'assurance a refusé de prendre en charge le traitement au motif qu'il ne s'agissait pas de séquelles tardives de l'accident.

8. Le 3 juillet 2001, l'assurée a sollicité une décision formelle et par courrier du 31 août 2001, elle s'est dit prête à prendre en charge le coût spécifiquement lié aux quatre dents devant être extraites.

9. Par décision formelle du 11 septembre 2001, l'assurance a confirmé sa position.

10. Le 1er novembre 2001, l'assurée a recouru auprès du Tribunal administratif, fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances, 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.

11. Par jugement du 7 mai 2002, le Tribunal administratif a admis le recours et condamné l'assurance à rembourser à l'assurée les frais relatifs au remplacement de la prothèse dentaire.

12. Saisi d'un recours de l'assurance, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) l'a partiellement admis le 21 juillet 2004. Il a annulé le jugement du Tribunal administratif du 7 mai 2002 et renvoyé au Tribunal cantonal des assurances sociales la cause pour complément d'instruction au sens des considérants et nouveau jugement.

    Il incombait à l'assurance, en sa qualité d'assureur-maladie de l'assurée au moment du traitement, de rembourser les frais de celui-ci, pour autant que les lésions dentaires nécessitant le traitement constituaient des séquelles tardives de l'accident.

    Sur le vu des avis contradictoires des médecins, les Drs C_____ et D_____, il n'était pas possible de savoir si le traitement prothétique aurait dû quand même être entrepris si le mauvais état des quatre dents piliers n'avait pas nécessité leur extraction. Une instruction complémentaire était nécessaire sur ce point.

13. Le 30 août 2004 et le 1er septembre 2004, l'assurée et l'assurance ont transmis au Tribunal de céans leur dossier de pièces.

14. L'assurée a transmis une facture du 4 août 2003 du Dr C_____ d'un montant de 26'254 fr., dont 10'031 fr. de frais de laboratoire pour un traitement dentaire du 27 juin 2002 au 18 juillet 2003 ainsi qu'une facture du Dr E_____, spécialiste en parodontie, du 12 décembre 2002 d'un montant de 158 fr. pour « un examen de l'état parod./cas simple ».

15. Le 13 septembre 2004, à la demande du Tribunal de céans, l'assurée a relevé le Dr. C_____ du secret médical.

16. Le 16 septembre 2004, le Tribunal de céans a demandé au Dr C_____ qu'il spécifie quel montant de sa facture du 4 août 2003 se rapportait au remplacement de la prothèse et à quel traitement se rapportait le solde.

17. Le 15 octobre 2004, l'assurance a informé le Tribunal de céans que les radiographies de l'assurée avaient été retournées au Dr C_____ le 29 mai 2002.

18. Le 18 octobre 2004, le Dr C_____ a attesté que les soins dentaires ayant fait l'objet de la facture du 4 août 2003 étaient les conséquences à très long terme de l'accident de voiture dont elle avait été victime en 1972.

19. Le 12 novembre 2004, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise et la confier au Dr F_____. Il leur a transmis copie d'un projet de mission d'expertise et leur a fixé un délai au 3 décembre 2004 pour qu'elles fassent valoir une éventuelle cause de récusation de l'expert sur le projet de mission d'expertise.

    Les parties n'ont pas donné suite à ce courrier.

20. Le 15 avril 2005, le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise.

    Il a examiné l'assurée les 2 février et 23 mars 2005 et s'est entretenu à trois reprises avec le Dr C_____. Il a aussi requis un cliché radiographique OPG récent. Le Dr F_____ relève ce qui suit :

    « Le traitement a consisté à poser un bridge céramo-métallique (CM) de 12 éléments, sur 7 piliers, en remplacement d'un ancien bridge CM posé en 1972, de 8 éléments. Il a été nécessaire d'extraire 4 piliers détériorés, soit les dents N° 22-11-12 et 15. L'état de ces 4 piliers était très dégradé et nécessitait leur extraction. Aucun traitement conservateur n'était possible de manière suffisamment sûre pour les utiliser à nouveau comme support pour la construction d'un nouveau bridge. Le bridge posé en 1972 montrait, au vu des documents fournis, une dégradation que je qualifierai de normale, en fonction du temps écoulé. Je signale que ce bridge a été réalisé conformément aux règles de l'art de l'époque. Il était de plus la seule solution techniquement satisfaisante pour restaurer l'état antérieur à l'accident, notamment en rapport avec l'âge de l'assurée. Un traitement radical était devenu nécessaire, au vu de l'importante détérioration de certains piliers de l'ancien bridge. Ceci rendait indispensable la dépose de l'ancien bridge et la pose d'un nouveau. Sur un plan strictement fonctionnel le pont posé en 1972 remplissait son rôle. Par contre, même au cas où les 4 piliers auraient pu être conservés, une dégradation était évidente, notamment par le retrait gingival mis en évidence sur les photographies que le Dr C_____ a prises avant la dépose de l'ancien pont. Cette dégradation est normale après 30 ans en bouche. On peut ainsi dire que la réfection de ce bridge était à envisager, même si les 4 piliers avaient été sauvés. Au vu de ce qui précède, la pose

d'un nouveau bridge était nécessaire. Par contre, si on s'en tient au strict remplacement de l'ancien pont par une nouvelle structure semblable, et après extraction des 4 piliers perdus, on aurait pu construire ce nouveau bridge en utilisant les dents 23-21-13 et 16 comme piliers. Ceci sans englober les dents 24-25-26, tel que cela a été cependant effectué. On peut dire que le nouveau bridge va au delà de ce qui aurait été strictement nécessaire (12 éléments posés, au lieu de 9). Si on s'en tient à l'application stricte du tarif dentaire en relation avec les assurances sociales (tarifs AS), les honoraires du Dr C_____ pour la confection d'un bridge de 9 éléments CM de 23 à 16 auraient été de : 2672 points à fr. 3,10 = fr. 8'283,20. A cela s'ajoutent les frais de laboratoire qu'on peut évaluer à fr. 8'000.-. Les honoraires du Dr C_____ sont plus élevés que ci-dessus, pour les raisons suivantes : Il a utilisé un tarif privé, et non pas le tarif AS. 3 éléments ont été posés en plus du strict nécessaire. La facture du laboratoire est également plus élevée, suite à la construction de ces 3 éléments supplémentaires. La note d'honoraires du Dr E_____ de fr. 158,10 est justifiée, car il s'agit d'un deuxième avis demandé à un spécialiste avant un traitement important. De plus, elle est calculée selon le tarif AS ».

Le Dr F_____ formule enfin des remarques personnelles. Il expose notamment que l'extension du nouveau pont aux dents 24-25 et 26 va au-delà de la simple restauration de l'état antérieur et ne doit pas être mise en rapport avec des suites éventuelles de l'accident. La destruction des 4 piliers extraits peut être considérée comme une suite lointaine et directe de l'accident, en ce sens que ces piliers ont été utilisés à l'époque pour soutenir une construction prothétique étendue. Ceci les amène fatalement à subir à long terme une dégradation plus importante que d'autres dents non soumises aux mêmes contraintes. Il ne s'agit ainsi pas à proprement parler d'une détérioration directement provoquée par l'accident, mais une conséquence logique de leur affaiblissement, suite à des sollicitations, mécaniques entre autres, directement liées à la structure prothétique posée suite à l'accident. Ceci dit, on constate d'après les documents radiographiques à disposition que la péjoration de ces piliers s'est surtout produite entre 1994 et 2001, soit plus de 20 ans après la pose du 1er pont, donc dans les limites acceptables de la durée de vie d'une telle restauration.

21. Le 12 mai 2005, la recourante a relevé que l'intimée se devait de prendre en charge également le coût de l'extraction et du remplacement des quatre dents piliers dès lors qu'il s'agissait d'une suite lointaine et directe de l'accident. Par ailleurs, dès lors que les honoraires du Dr C_____ étaient connus tant par l'intimée que par le Tribunal administratif et qu'aucun des deux n'avait soulevé la question du tarif, le principe de la bonne foi devait s'appliquer et permettre un remboursement total de la facture du Dr C_____, selon le tarif privé.

22. Le 12 mai 2005, l'intimée a relevé qu'il ressortait de l'expertise que l'extension du nouveau pont aux dents 24-25 et 26 allait au-delà de la simple restauration de l'état antérieur et n'était pas en lien avec l'accident et qu'il existait des divergences

manifestes dans les calculs d'honoraires entre ceux de l'expert et la facture du Dr C_____.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 3 janvier 2005, le Tribunal de céans a constaté sa compétence pour juger du cas d'espèce.

2. Dans son arrêt du 21 juillet 2004, le TFA a jugé qu'il incombait à l'intimée de prendre en charge les frais du traitement dentaire de la recourante, pour autant que les lésions dentaires nécessitant ce traitement constituent des séquelles tardives de l'accident et ordonné une instruction complémentaire sur ce point, ce que le Tribunal de céans a effectué par le biais de l'expertise judiciaire confiée au Dr F_____.

3. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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. 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ou probable. En droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a et la référence).

b) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

5. Aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'économie du traitement peut prêter à discussion en matière de traitements prothétiques, étant donné l'éventail des prestations - plus ou moins onéreuses - qu'offre en ce domaine la médecine dentaire (Gebhard Eugster, Aspects des soins dentaires selon l'art. 31 al. 1 LAMal à la lumière du droit de l'assurance-maladie [traduction française de Beat Raemy] in : Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie, vol. 107 [1997], p. 122; étude également publiée dans LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 227 ss, p. 248). Si plusieurs traitements sont donc 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 200 consid. 3 et références citées; voir aussi arrêt M. du 19.09.2001, K 73/98, publié in Plädoyer 2001 no 6 p. 71, consid. 7b ; ATF du 25 janvier 2002, cause K 7/01).

6. En l'espèce, il ressort clairement de l'expertise du Dr F_____ – laquelle répond aux exigences jurisprudentielles précitées quant à la valeur probante d'un rapport médical – que la réfection du bridge posé en 1972 était à envisager même si les 4 dents piliers n° 11, 12, 15 et 22 avaient été sauvées. La pose d'un nouveau bridge était donc nécessaire. Ce dernier aurait cependant pu être limité à 9 éléments au lieu de 12.

S'agissant de l'extraction des 4 dents piliers et contrairement à l'avis de la recourante, l'expertise ne permet pas d'affirmer qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le mauvais état desdites dents. Tout d'abord, le Dr C_____ avait lui-même affirmé le 9 octobre 2000 que leur extraction était nécessaire en raison de la présence de caries radiculaires, de

problèmes endodontiques et parondotaux, lesquels ont été considérés par le TFA dans son arrêt du 21 juillet 2004 comme imputables à des facteurs étrangers à l'accident et de plus, ne relevant pas de l'un des états de fait médicaux mentionnés aux art. 17 à 19a de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 – OPAS (coût des soins dentaires pris en charge par la LAMal).

Par ailleurs, tout en relevant que les 4 dents piliers en cause ont vraisemblablement subi un affaiblissement dû à des sollicitations mécaniques liées à la prothèse, l'expert constate que la péjoration de ces piliers s'est surtout produite dès 1994, soit 20 ans après la pose du premier pont. On ne saurait ainsi admettre l'existence d'une causalité naturelle et adéquate entre la présence de caries radiculaires, de problèmes endodontiques et parondotaux sur les 4 dents piliers et l'existence de la prothèse posée suite à l'accident.

En conséquence, la Tribunal de céans suivra les conclusions de l'expertise selon lesquelles la confection d'un nouveau bridge céramo-métallique était nécessaire en raison de la dégradation de la prothèse posée en 1972. Cependant, en application du principe de l'économicité du traitement, il n'y a pas lieu d'imposer à l'intimée la prise en charge du bridge de 12 éléments effectué dès lors que celui décrit par l'expert - de 9 éléments - permettait également d'arriver au but recherché en étant meilleur marché (ATF du 25 janvier 2002 précité). Enfin, le traitement lié aux 4 dents piliers n'a pas à être pris en charge par l'intimée dès lors qu'il ne découle pas des suites de l'accident.

7. a) S'agissant du montant des honoraires du Dr C_____, il convient de relever ce qui suit :

Aux termes de l'art. 56 LAA, les assureurs peuvent passer des conventions avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical ainsi qu'avec les établissements hospitaliers et les établissements de cure afin de régler leur collaboration et de fixer les tarifs. Ils peuvent confier le traitement des assurés aux seuls signataires de ces conventions. Celui qui remplit les conditions posées peut adhérer à ces conventions (al. 1). Le Conseil fédéral veille à la coordination avec les réglementations tarifaires d'autres branches des assurances sociales et peut les déclarer applicables. Il règle le remboursement dû aux assurés qui se rendent dans un établissement hospitalier auquel l'accord tarifaire n'est pas applicable (al. 2). En l'absence de convention, le Conseil fédéral édicte les prescriptions nécessaires après avoir consulté les parties (al. 3).Les taxes doivent être les mêmes pour tous les assurés de l'assurance-accidents (al. 4).

La Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) a pour tâche de régler les problèmes fondamentaux rencontrés par les organes responsables de l'assurance-accidents obligatoire dans les domaines du droit médical et des tarifs médicaux. Ses décisions ont un caractère impératif pour le domaine de l'assurance-accidents

obligatoire. Des représentants de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité prennent par à ces séances en tant qu'experts afin de garantir la coordination avec les autres branches des assurances sociales. En règle générale, la CTM, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité concluent ensemble des contrats avec les hôpitaux et les associations du personnel médical (http//www.zmt.ch/fr/veber.uns). C'est ainsi que la société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) d'une part et notamment les assureurs au sens de la LAA, représentés par la CTM, d'autre part, ont conclu le 17 juillet 1996 une convention (ci-après : la convention, teneur du 1er janvier 2000). Selon l'art. 8.1 de la convention, la rémunération des prestations médico-dentaires s'effectue conformément au tarif séparé annexé à la convention. Le tarif médico-dentaire prévu par la convention tarifaire entre la SSO et le concordat des assureurs-maladie suisses (le CAMS) du 17 juillet 1996 – également appliqué aux assureurs sociaux dans le domaine de la LAA – est basé sur le principe de l'attribution d'un certain nombre de points aux prestations médico-dentaires. Quant à la valeur du point, elle est fixée à fr. 3,10 par l'accord du 17 juillet 1996 approuvé par le Conseil fédéral le 14 mai 1997.

b) En l'espèce, l'expert s'en est tenu au tarif dentaire de la CMT précité et a appliqué une valeur de point de fr. 3,10. Son appréciation n'est ainsi pas critiquable. Le coût du traitement en lien avec l'accident est en conséquence de fr. 16'441,30, soit un bridge de 9 éléments au coût de fr. 8'283,20, des frais de laboratoire évalués à fr. 8'000.- et la facture du Dr E_____ de fr. 158,10.

8. a) Le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4a Cst., est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223), il permet au citoyen - à certaines conditions - d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi. Pour cela, il faut en particulier que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées et qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références). Une autorité ne peut toutefois pas valablement promettre le fait d'une autre autorité (Blaise Knapp, Précis de droit administratif, 4ème éd., p. 108).

b) La recourante invoque la protection de la bonne foi pour réclamer le remboursement des honoraires du Dr C_____ établi sur la base d'un tarif privé. Or, le Tribunal de céans constate que la première condition au droit à la protection de la bonne foi fait défaut dès lors que l'autorité, en l'occurrence l'intimée, voire le Tribunal administratif lors de la procédure de recours ayant abouti au jugement du 7 mai 2002, n'ont pas promis à l'assurée que la facture selon le devis établi par le Dr C_____ au tarif privé serait remboursée.

Certes, aucune réserve n'a apparemment, à l'époque, été émise quant au tarif applicable. Cependant, cet examen était prématuré dès lors qu'était litigieuse la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre le traitement à effectuer et l'accident de 1972. Pour cette raison, la recourante ne saurait se prévaloir du droit à la protection de la bonne foi. Tout au plus, le Tribunal de céans ne peut que constater que le Dr C_____, membre de la SSO, en effectuant un traitement pouvant relever de l'assurance-accident, se devait d'appliquer le tarif dentaire AS en vigueur en matière de prestations LAA.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et l'intimée condamnée à payer à la recourante un montant de fr. 16'441,30.

La recourante n'est pas représentée par un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié, mais par son conjoint. Cette représentation doit être assimilée à la situation d'une partie qui agit dans sa propre cause. Or, en l'espèce les conditions auxquelles une partie qui agit dans sa propre cause peut prétendre à des dépens pour l'activité personnelle qu'elle a déployée ainsi que pour sa perte de temps ou de gain ne sont pas remplies (ATF 110 V 82).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Condamne CONCORDIA, assurance maladie et accidents, à payer à Mme A_____ la somme de fr. 16'441,30.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le