REPUBLIQUE ET  CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/96/2007 **ATAS/726/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 18 juin 2007

En la cause

Madame F_____, domiciliée , MEYRIN, représentée par CAP PROTECTION JURIDIQUE	recourante

contre

KPT/CPT CAISSE-MALADIE, sise Tellstrasse 18, BERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après : l'assurée), née le 24 août 1978, est assurée en assurance obligatoire des soins auprès de la société coopérative KPT/CPT (ci-après : la caisse-maladie).

2. Le 20 septembre 2002, le Dr. A_____, médecin-dentiste, a requis de la caisse-maladie un accord de principe quant à la prise en charge des frais de traitement suivants, concernant l'assurée :

   - Traitement orthodontique pré et post-chirurgical par appareil fixe.
   - Ostéotomies de la face en milieu hospitalier.
   - Traitement implantaire pour un repositionnement adéquat des dents égressées et le remplacement des dents absentes.

   Il relève que l'assurée présente une micromandibule congénitale (analyse téléradiographique : angle ANB 10°) au sens de l'art. 19, let. a, ch. 20 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (OPAS). Elle présente également une perte quasi-totale de sa fonction masticatrice suite à l'absence de zones d'appui latérales. L'égression consécutive des 16 et 26 est telle qu'elle occasionne des lésions de la crête antagoniste, et rend impossible un appareillage de l'arcade inférieure par manque d'espace vertical.

3. Le 3 octobre 2002, il a précisé à la caisse-maladie qu'il n'existait pas de décision de l'assurance-invalidité dès lors que le cas n'avait pas été signalé avant la fin de la vingtième année de l'assurée.

4. Par courrier du 22 janvier 2003, la caisse-maladie a écrit au Dr A_____ que l'examen par leur dentiste-conseil, le Dr B_____, avait révélé que le cas n'était pas une prestation obligatoire de l'assurance selon l'art. 19a OPAS et que la perte de dents dans le maxillaire inférieur et les problèmes qui en résultaient, soit l'élongation des dents du maxillaire supérieur et la perte de la dimension verticale, n'étaient pas dus à la situation squelettique.

5. Le 24 janvier 2003, le Dr A_____ a requis de la caisse-maladie qu'elle motive son refus de prise en charge.

6. Le 2 avril 2003, la caisse-maladie a répondu au Dr A_____ que le but de ce traitement était de rétablir une situation permettant une réhabilitation des espaces entre les dents. Ensuite de la perte de dent dans le maxillaire inférieur, les segments supérieurs étaient élongés, ce qui rendait la reconstruction plus difficile. Son

dentiste-conseil était d'avis que ce traitement ne pouvait pas être mis en rapport avec la norme AI remplie.

7. Le 29 avril 2003, le Dr. A_____ a relevé que le refus de la caisse-maladie se basait sur la confusion entretenue entre la perte de la fonction masticatrice postérieure et sa réhabilitation, d'une part, et la malformation squelettique, d'autre part. Pour le premier point, il avait toujours été convenu que cette pathologie n'était pas congénitale et une prise en charge pour cette partie n'avait donc pas été demandée. Pour le second point, il persistait à penser qu'il s'agissait là d'une malformation congénitale au sens défini par l'OPAS, selon les critères AI déjà mentionnés, dont le traitement devait être pris en charge par l'assurance-maladie. La malformation squelettique ne pouvait être qualifiée de secondaire aux pertes dentaires, une occlusion latérale réduite existant. Il rectifiait le terme "perte de DVO" employé dans un précédent courrier, dans le sens où les difficultés prothétiques postérieures étaient liées à une migration dentaire et non à une modification de la DVO, qui était restée stable grâce à l'occlusion latérale résiduelle (cf. télé-RX). La réponse de la caisse-maladie faisait l'amalgame de ces deux problématiques distinctes, ce qui ne satisfaisait pas à sa demande. Il restait par ailleurs en attente de la confirmation des propos téléphoniques du 14 mars 2003 du médecin-dentiste conseil B_____, selon lequel les valeurs d'angle squelettique applicables aux analyses téléradiographiques OPAS n'étaient pas identiques chez les patients d'origine noire et caucasienne. Il était très intéressé par les références sur lesquelles se basaient ces affirmations afin de compléter son éducation médico-dentaire.

8. Le 7 juillet 2003, la caisse maladie a répondu au Dr. C_____ que l'appréciation du dentiste conseil avait à nouveau été requise : "Nous retirons nos lettres par lesquelles nous vous avions communiqué que le traitement dentaire prévu ne relevait pas des prestations obligatoires (infirmité congénitale 208) selon l'art. 19a (OPAS). Après avoir procédé à une analyse approfondie du cas en collaboration avec plusieurs orthodontistes, notre dentiste-conseil nous informe que la prestation obligatoire peut, en principe, être confirmée. Cependant, il fait remarquer que seuls les coûts qui sont en rapport direct avec l'infirmité congénitale peuvent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il nous cite l'ostéotomie sagittale comme faisant partie de ces traitements. Selon ces indications, la prise en charge peut être garantie dans les limites des coûts qui auraient été occasionnés si la dentition était complète. En outre, notre médecin-conseil nous communique que l'occlusion dans les segments latéraux ne s'appuie que sur les dents de sagesse, ce qui n'est pas considéré comme dimension verticale d'occlusion. L'ostéotomie dans le maxillaire supérieur pour remonter les segments latéraux n'est pas en rapport avec l'infirmité congénitale existante et partant, ne peut être prise en charge par l'AOS à titre de prestation obligatoire. Avant le début de l'intervention chirurgicale relevant des prestations obligatoires et dont nous avons garanti la prise en charge, nous avons besoin d'un devis détaillé. Dans le cas où

l'intervention nécessiterait un séjour hospitalier, vous voudrez bien nous fournir en outre les indications suivantes: nom de l'hôpital / classe de séjour."

9. Le 7 avril 2006, l'assurée a écrit à la caisse qu'avant de commencer son traitement, elle souhaitait connaître plus précisément la participation de la caisse à l'intervention chirurgicale prévue à l'hôpital cantonal en demi-privé. Elle fournissait le devis du Dr. D_____ de 11'733 fr. 20 et de Planète dentaire SA de 8'439 fr. 40.

10. Par courrier du 31 mai 2006, la caisse maladie a répondu à l'assurée que, depuis le 7 juillet 2003, le TFA avait eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 3 juin 2004, que l'assurance-maladie obligatoire ne devait pas prendre en charge les frais occasionnés pour des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'âge de 20 ans et, partant, pris en charge par l'AI, et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie.

    En l'espèce, la caisse refusait la prise en charge car rien n'indiquait que le traitement n'aurait pas pu être fait avant l'âge de 20 ans. Par ailleurs, l'affection en cause ne constituait pas une maladie non évitable du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS. La décision du 7 juillet 2007 était ainsi reconsidérée dès lors qu'elle était manifestement erronée.

11. Sur demande de l'assurée, la caisse-maladie a rendu le 4 septembre 2006 une décision formelle.

    Il n'était pas contesté que l'assurée souffrait d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a OPAS, raison pour laquelle la caisse avait garanti le 7 juillet 2003 la prise en charge du traitement. Toutefois, dès lors qu'aucune raison médicale ne justifiait le fait que le traitement n'avait pas été entrepris avant l'âge de 20 ans, il n'était pas justifié de prendre en charge son coût. Par ailleurs, la perte de la faculté masticatrice postérieure et sa réhabilitation, due à une hygiène dentaire insuffisante, n'avait pas fait l'objet d'une demande de prise en charge par le Dr. A_____ et n'était de toute façon pas à la charge de l'assurance-maladie. Un changement de jurisprudence pouvait constituer un motif de reconsidération dans la mesure où cela était commandé par le principe d'égalité de traitement. Tel était le cas en l'espèce.

12. Le 4 octobre 2006, l'assurée, représentée par la Compagnie d'assurance de protection juridique SA (CAP), a formé opposition à cette décision en contestant la validité d'une reconsidération dès lors que la décision du 7 juillet 2003 était conforme à l'appréciation faite à l'époque de l'art. 19a al. 1 let.a OPAS et donc n'était pas manifestement erronée.

13. Par décision du 27 novembre 2006, la caisse-maladie a rejeté l'opposition en relevant que l'art. 19a OPAS n'avait pas été modifié depuis son entrée en vigueur le 1er janvier 1997, que le traitement de l'infirmité congénitale aurait au plus tôt été

exécuté courant 2006 et que le principe de l'égalité de traitement commandait alors que toute personne faisant traiter une infirmité congénitale après juin 2003 soit soumise à la nouvelle jurisprudence. Accepter la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale de l'assurée reviendrait à lui accorder un traitement de faveur par rapport aux autres assurés dans la même situation, auxquels aurait été refusée la prise en charge du traitement de façon parfaitement égale sur la base de la jurisprudence du TFA.

Par ailleurs, le courrier du 7 juillet 2003 était une garantie de principe et non une garantie absolue. Pour savoir si un traitement était à la charge de l'assurance maladie obligatoire, il convenait d'examiner les conditions de prise en charge au moment du traitement. Enfin, l'assurée ne pouvait se fonder de bonne foi en 2006 sur un accord de principe délivré trois ans plus tôt.

14. Le 11 janvier 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS).

    A la suite de la garantie de la caisse-maladie du 7 juillet 2003, ses médecins avaient rencontré beaucoup de difficultés à mettre sur pied un plan de traitement pluridisciplinaire adéquat, ce qui justifiait qu'elle n'avait pu transmettre le devis que le 7 avril 2006 à la caisse-maladie. La garantie était un accord ferme non soumis à condition. A l'époque de la décision initiale du 7 juillet 2003, l'art. 19a OPAS pouvait se comprendre comme une prise en charge possible d'un traitement qui s'avérait toujours nécessaire après l'âge de 20 ans. La décision initiale n'était donc pas manifestement erronée. Une reconsidération en raison d'un changement de jurisprudence était exceptionnelle. Enfin, il n'y avait pas d'égalité de traitement entre elle et un autre assuré se soumettant à un même traitement en 2006 dès lors qu'elle-même avait reçu une garantie de prise en charge.

15. Le 15 février 2007, la caisse-maladie a conclu au rejet du recours en relevant qu'accepter la prise en charge du traitement en cause reviendrait à accorder à la recourante un traitement de faveur par rapport aux autres assurés dans la même situation. La date du traitement était déterminante et il convenait de traiter de façon égale les assurés en fonction des périodes de traitement en non de la date d'une demande de prise en charge. Par ailleurs, la recourante n'avait pris aucune disposition irréversible sur la base de la garantie fournie en 2003. Cette garantie n'était pas un accord ferme puisque le cas devait être réexaminé une fois le devis établi. Une telle garantie signifiait simplement que, au moment où la garantie était communiquée, les conditions de la prise en charge étaient remplies. Il apparaissait alors que le traitement garanti, effectué en règle générale dans un délai raisonnable, remplirait toujours les conditions de la prise en charge.

16. Dans sa réplique du 20 avril 2007, la recourante a souligné que la garantie lui conférait un droit acquis et cela nonobstant le fait que le montant des coûts n'était

pas déterminé et que la caisse avait reconnu que, sans changement de jurisprudence, elle aurait payé le traitement sur la base de la garantie de 2003. Enfin, le principe de la proportionnalité devait être respecté pour admettre que l'égalité de traitement puisse commander une reconsidération, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

17. Invitée à dupliquer, l'intimée a précisé, dans son écriture du 23 mai 2007, que l'existence ou moins d'une garantie de prise en charge n'était pas déterminante; il importait bien plutôt de savoir si les conditions légales du droit à une prise en charge du traitement étaient réunies à la date du traitement, la garantie de prise en charge n'étant rien d'autre que la confirmation que ces conditions étaient bien réunies au moment où elle a été délivrée.

18. Une copie de la duplique de l'intimée a été communiquée à la recourante en date du 29 mai 2007. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Etant donné que le présent recours concerne une demande de prise en charge de traitements dentaires du 7 avril 2006, faisant référence à une garantie de prise en charge de juillet 2003, les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA de sorte que celle-ci est applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les

dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

b) Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, applicable à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition date du 27 novembre 2006 et a été reçue par le mandataire de la recourante le lendemain. En conséquence, le délai de recours a commencé à courir le 29 novembre 2006. Compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre 2006 au 2 janvier 2007 inclus (art. 38 al. 4 let. c LPGA), il est arrivé à échéance le 13 janvier 2007. S'agissant d'un samedi, le terme doit être reporté au lundi 15 janvier 2007 (art. 38 al. 3 LPGA).

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours formé le 11 janvier 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

3. a) Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'assurance-obligatoire des soins de traitements dentaires en relation avec une infirmité congénitale.

b) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a).

Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale, le législateur n'ayant voulu les mettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins que dans une mesure limitée (ATF 129 V 86 consid. 5). D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, ils sont ainsi remboursés par l'assurance obligatoire des soins s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b) ou encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

c) Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'Intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. 1 LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal); il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui

ont des effets nuisibles sur ce dernier. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin, l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. 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 83, consid. 1; 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 185).

4. a) En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal). Aux termes de l'art. 19a al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'al. 2, lorsque les traitements sont nécessaires après la vingtième année (let. a) ou que les traitements sont nécessaires avant la vingtième année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b).

b) L'art. 27 LAMal a pour but de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC. Selon la jurisprudence, l'assurance-maladie doit prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité dès que celle-ci met un terme à ses prestations. Ainsi, par exemple, elle doit suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 1 al. 1 OIC ne peuvent plus être prises en charge par l'assurance-invalidité (art. 13 al. 1 LAI) ou lorsque, en raison de son importance minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI; ATF 126 V 107 s. consid. 3b/aa et la référence; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], p. 78 n. 153 avec renvoi aux notes de bas de page 327 et 328, et p. 104 n. 209 avec renvoi à la note de bas de page 453). En outre, l'assurance obligatoire des soins doit allouer ses prestations en vertu de l'art. 27 LAMal pour un enfant atteint d'infirmité congénitale lorsque les conditions d'assurance prévues à l'art. 6 LAI ne sont pas réalisées (ATF 126 V 103). Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale au sens de l'art. 27 LAMal n'ouvrent toutefois droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal sont réalisées (ATF 129 V 81).

c) Selon la jurisprudence, sont réputés nécessaires au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS seulement ceux des traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, en raison d'une indication médicale, requièrent des soins au-delà de l'âge de vingt ans (ATF 129 V 80; confirmée, notamment, dans l'ATFA non publié du 29 décembre 2006, K 146/05, consid. 5.2). Cette jurisprudence a été précisée

dans le sens que l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne peut être appelée à prendre en charge des frais occasionnés par des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'accomplissement de la vingtième année - partant, être pris en charge par l'assurance-invalidité - et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie (ATF 130 V 294; ATFA non publié du 29 décembre 2006, K 146/05, consid. 5.2).

5. a) En l'espèce, la caisse a reconnu, dans son courrier du 7 juillet 2003, que l'assurée souffrait d'une infirmité congénitale selon l'art. 19a OPAS, à savoir d'une micromandibulie congénitale inférieure (art. 19a al. 2 chiffre 20 OPAS et n° 208 de la liste des infirmités congénitales dans l'assurance-invalidité), résultant d'une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle de 9 degrés et plus (en l'occurrence : angle ANB 10° selon la mesure rapportée par le Dr A_____, médecin dentiste traitant). Son médecin-dentiste conseil avait en effet admis, dans son rapport du 26 mai 2003, qu'il n'existait pas de valeurs de référence concernant les rapports sagittaux de la mâchoire des personnes d'origine africaine et qu'il convenait donc d'admettre que les valeurs mesurées de la recourante relevaient d'une infirmité congénitale au sens de l'assurance-invalidité. Selon la caisse, le traitement à charge de l'assurance obligatoire des soins devait permettre de rétablir des rapports sagittaux normaux, au moyen d'une ostéotomie sagittale de la mandibule, seuls les coûts directement en relation avec cette intervention étant remboursés.

   b) Dans la décision querellée, la caisse a toutefois refusé de prendre en charge le traitement de cette affection au motif que selon elle rien ne s'opposait à ce que le traitement préconisé (ostéotomie sagittale) débute avant la vingtième année de la recourante, à savoir à charge de l'assurance-invalidité. Le Tribunal de céans observe que la position de la caisse à ce sujet n'est ni contestée par la recourante, ni infirmée par les autres pièces du dossier. Dans un courrier du 3 octobre 2002 à l'intimée, le Dr A_____ s'était borné à indiquer que le cas de l'assurée n'avait pas été signalé à l'assurance-invalidité avant sa vingtième année, aucune raison médicale n'ayant été avancée dans ce contexte. Aucun médecin-dentiste ne prétend d'ailleurs qu'une quelconque indication médicale aurait rendu nécessaire d'attendre la vingtième année de la recourante pour débuter le traitement dentaire pour lequel il est demandé à la caisse-maladie d'intervenir. La recourante ne le soutient du reste pas, ni au stade de l'opposition, ni à celui du recours.

   c) Force est ainsi de constater que le traitement de l'affection congénitale dont souffre la recourante n'est pas en l'état une prestation à charge de l'assurance obligatoire des soins.

6. Il reste à examiner si le courrier de la caisse du 7 juillet 2003, en tant qu'il admettait, dans son principe, que le traitement de l'affection dont souffrait la recourante faisait partie des prestations obligatoirement remboursées, fonde une

obligation de la caisse d'assumer les frais de traitement selon les devis présentés par la recourante par courrier du 7 avril 2006.

7. a) Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA).

   b) La notion de décision correspond, à défaut d'une concrétisation plus précise dans la LPGA, à celle de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA) (ATF 130 V 388). Sont considérées comme décisions, au sens de cette disposition, les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a), de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b) ou de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c).

   c) Par ailleurs, aux termes de l'art. 27 al. 1 LPGA (voir aussi l'ancien art. 16 LAMal, abrogé par l'entrée en vigueur de la LPGA), les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Chacun a par ailleurs le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations étant compétents (art. 27 al. 2 première phrase LPGA). Le droit individuel d'être conseillé par l'assureur compétent, instauré par l'art. 27 al. 2 LPGA, vise à permettre aux assurés d'être renseignés dans un cas précis (Rapport de la commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999, p. 62; cf. aussi KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ad art. 27 LPGA, n° 13). La doctrine considère, à raison, que des renseignements erronés fournis sur la base de cette disposition ont des conséquences sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi (KIESER, op. cit., n° 17).

8. a) La LAMal ne connaît pas explicitement l'institution de la garantie de prise en charge (Kostengutsprache). Toutefois, dans le domaine des traitements hospitaliers, il est d'usage que les hôpitaux requièrent des garanties de paiement lors de l'admission du patient. A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que pour satisfaire aux impératifs du caractère économique du traitement, les assureurs-maladie sont tenus d'exercer, avec l'assistance de leur médecin-conseil, un contrôle suivi du traitement hospitalier. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient

en milieu hospitalier. Un tel contrôle a lieu le plus souvent quand l'assureur intervient en qualité de tiers payant (ATF 127 V 43, consid. 2/e). Mais il est aussi concevable dans le système du tiers garant. Sous le régime de la LAMA, il a notamment été jugé que le fait de subordonner la prise en charge d'un médicament à un accord préalable du médecin-conseil de la caisse, en la forme d'une garantie de prise en charge, n'était pas contraire au droit fédéral, ce procédé permettant de veiller au respect du caractère économique d'une prestation (RAMA 1984, K 566, p. 30, consid. 2b et 2c).

b) Selon la jurisprudence, la garantie de paiement donnée par l'assureur à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse vis-à-vis de cet établissement (ATF 127 V 43, consid. 3). Même si intervenue avant l'hospitalisation, elle ne représente pas, à l'égard de l'assuré, un engagement définitif de prendre en charge les frais et par conséquent elle n'est pas propre, à elle seule, à faire naitre une prétention découlant du droit à la protection de la bonne foi (ATF 111 V 28, 112 V 190; ATFA non publié du 29 juin 2004, K 35/04, consid. 6.3). Il a aussi été jugé qu'une limitation dans le temps d'une telle garantie était un moyen adéquat de vérifier la justification médicale d'un séjour hospitalier relativement long (ATF 127 V 43, consid. 3).

9. En l'espèce, il convient d'abord d'observer que le courrier de la caisse du 7 juillet 2003 n'est pas une décision d'octroi de prestations, à savoir une décision formatrice, étant donné qu'il ne confirme pas le remboursement d'un traitement déjà fourni. Dans la mesure où cet accord de principe concerne des prestations futures (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ad art. 49 PGA, n° 17), il peut s'agir soit d'une décision en constatation, soit d'un renseignement qui déploie certains effets sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi (cf. art. 27 LPGA).

10. a) La décision de constatation vise à ce que l'autorité donne à l'intéressé un renseignement de nature obligatoire concernant sa situation de fait ou l'interprétation, respectivement l'éventuelle application d'une disposition légale. Ce type de décision ne modifie pas le statut juridique de l'administré mais est une sorte de réponse à une demande de renseignements, assortie des effets d'une décision (Arrêt du Tribunal administratif, ATA/716/2004, du 14 septembre 2004 et références citées).

b) Il est admis que toute personne qui a un intérêt actuel et digne de protection à connaître l'existence ou l'étendue de ses droits et obligations peut obtenir à ce sujet une décision qui liera l'administration, ce qui lui permettra par la suite de se comporter en étant assurée des conséquences juridiques de ses actes (MOOR, Droit administratif, vol. II, Berne 2002, p. 161). L'intérêt n'est pas reconnu pour suffisant - il n'est pas actuel - lorsque le régime en question dépend en partie d'une situation de fait qui n'est pas encore connue (MOOR, op. cit., p. 162). Dans un tel cas de figure, la "réponse" de l'autorité ne sera pas une décision, mais un simple

renseignement, non susceptible de recours, mais auquel pourra peut-être s'appliquer le principe de la bonne foi (MOOR, op. cit., p. 163).

c) Faute d'avoir garanti, directement à l'assurée, la prise en charge d'un traitement concret et imminent, sur la base d'un devis détaillé et d'une intervention programmée, le courrier de la caisse du 7 juillet 2003, adressé au Dr A_____ avec une copie à l'assurée, n'apparaît pas constituer une décision en constatation. Dans la demande de garantie, présentée par le dentiste de la recourante le 20 septembre 2002, il était demandé à la caisse un accord de principe quant à la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale dont souffrait l'assurée. Le Dr A_____ avait d'ailleurs précisé à cette occasion qu'un devis détaillé serait établi ultérieurement, après réception de l'accord de principe. Après avoir considéré, dans un premier temps, que l'assurée ne présentait pas une micromandibule au sens de l'art. 19a al. 2 chiffre 20 OPAS, la caisse est revenue sur sa position et a admis, dans la lettre du 7 juillet 2003 au Dr A_____, que son médecin-conseil considérait que la prestation obligatoire pouvait en principe être confirmée. A cette occasion, l'intimée a précisé que seuls les coûts étant en rapport direct avec l'infirmité congénitale pouvaient être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, un certain nombre d'interventions évoqués par le médecin-dentiste traitant ne pouvant pas être pris en considération. L'intimée a ainsi invité le dentiste-traitant à présenter un devis détaillé, avant le début du traitement, ainsi que les indications en relation avec un éventuel séjour hospitalier. En d'autres termes, il apparaît à la lecture de cette correspondance que le dentiste de l'assurée a voulu dans un premier temps être renseigné par la caisse sur le fait de savoir si l'affection dont souffrait sa patiente pouvait être traitée à charge de l'assurance obligatoire des soins, afin de pouvoir orienter l'assurée sur le comportement à adopter.

d) Dans ces circonstances, la confirmation de la caisse du 7 juillet 2003 n'équivaut pas à une décision mais doit être assimilée à un renseignement, susceptible de déployer des effets sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi. Il convient d'ajouter que dans le domaine fiscal par exemple, les décisions en constatation des autorités fiscales à l'égard d'un administré sont assimilées aux renseignements écrits, la validité juridique étant examinée dans les deux cas sous l'angle de la protection de la bonne foi (EISENRING, Vorgängige Auskünfte von Steuerbehörden in der Schweiz, ASA 1999, pp. 97 ss, p. 109). Cette solution reflète d'ailleurs le contenu de l'art. 25 al. 3 PA qui énonce qu'aucun désavantage ne peut résulter pour la partie du fait qu'elle a agi en se fondant légitimement sur une décision de constatation.

11. Ancré à l'art. 9 Cst. 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 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. La protection de la bonne foi ne suppose pas toujours la présence d'un renseignement ou d'une décision erronés. 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 (ATFA non publié du 6 mai 2002, K 145/01, consid. 3b). Entre autres conditions toutefois, l'administration doit être intervenue à l'égard de l'administré dans une situation concrète et celui-ci doit avoir pris, en se fondant sur les promesses ou le comportement de l'administration, des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir de préjudice (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les références citées). Par ailleurs, l'ordre juridique ne doit pas avoir changé (Rechtsänderung) depuis le moment où le renseignement a été donné. Dans ce contexte, il convient d'admettre que plus un renseignement est ancien plus l'administré doit s'attendre à ce qu'il ne soit plus conforme au droit en vigueur, compte tenu de changements législatifs ou de pratique (EISENRING, op. cit., p. 117).

12. En l'espèce, il y a lieu de constater, d'une part, que le renseignement fourni par la caisse n'était pas erroné au moment où il a été délivré. C'est la jurisprudence relative à l'interprétation de l'art. 19a OPAS, et donc l'ordre juridique, qui a changé après que la caisse ait fait savoir au médecin de la recourante que le traitement de l'infirmité congénitale était à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Or, le droit à la protection de la bonne foi ne protège en principe pas les administrés face à des changements de pratique, ce d'autant plus que la garantie de principe avait été octroyée trois ans plus tôt, la recourante pouvant ainsi s'attendre à ce que dans l'intervalle le renseignement fourni ne puisse plus être conforme au droit en vigueur. D'autre part, la recourante n'a pris en l'espèce aucune disposition préjudiciable, la demande de prise en charge d'avril 2006 concernant un traitement qui n'avait pas encore été entrepris, ce qui suffit pour exclure l'application du principe du droit à la protection de la bonne foi. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a retenu que le traitement litigieux n'était pas à charge de l'assurance obligatoire des soins.

13. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

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