

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 69/02

Arrêt du 21 juillet 2004
Ire Chambre

Composition
MM. et Mmes les Juges Borella, Président, Leuzinger, Widmer, Ursprung et Frésard. Greffier : M. Beauverd

Parties
CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents, Bundesplatz 15, 6003 Lucerne, recourante,
contre

A. _____, intimée,
agissant par son mari C. _____,

Instance précédente
Tribunal administratif de la République et canton de Genève, Genève

(Jugement du 7 mai 2002)

Faits:

A.
A. _____, née en 1958, est affiliée depuis 1996 à Concordia, Assurance suisse de maladie et accidents (ci-après: La Concordia) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et diverses assurances complémentaires.

Le 8 juillet 1972, elle a été victime d'un accident de la circulation, ensuite duquel elle a notamment subi des fractures des incisives et d'une canine supérieures. Ces lésions ont nécessité d'importants soins dentaires conservateurs et prothétiques.

Dans le courant de l'automne 2000, C. _____, époux de l'assurée, s'est adressé à la Concordia, afin de savoir si celle-ci prendrait en charge les frais d'une nouvelle prothèse destinée à remplacer celle qui avait été posée à l'origine. La Concordia lui a alors fait parvenir un « bulletin d'accident » en le priant de le remplir. Le 1er novembre 2000, le mari de l'assurée a renvoyé ce document dûment rempli accompagné d'un certificat (du 9 octobre 2000) et d'une estimation d'honoraires du docteur G. _____, médecin-dentiste. Ce praticien indiquait que la prothèse mise en place en 1972 devait être remplacée par une nouvelle réalisation prothétique, la présence de caries radiculaires, de problèmes endodontiques et parodontaux nécessitant l'extraction de quatre dents-piliers. Les frais de ce traitement étaient estimés à 25'580 fr., y compris 9'547 fr. de frais de laboratoire. Dans un rapport complémentaire du 20 novembre 2000, le docteur G. _____ a indiqué que le traitement envisagé était destiné à pallier aux conséquences à très long terme de l'accident du 8 juillet 1972, du moment qu'une réfection prothétique devait être remplacée après 15 ans « toutes considérations confondues (fonctionnelle, esthétique, infectieuse, traumatique) ».

La Concordia a requis l'avis de son médecin-dentiste conseil, le docteur N. _____, lequel était d'avis qu'en raison des affections indiquées par le docteur G. _____ (caries radiculaires, problèmes endodontiques et parodontaux) le cas ne relevait ni de l'assurance-maladie obligatoire ni de l'assurance-accidents (rapport du 28 mai 2001). Aussi, par lettre du 29 juin 2001, la Concordia a-t-elle informé le mari de l'assurée qu'elle ne prendrait pas en charge le traitement dentaire envisagé, motif pris que celui-ci n'était pas rendu nécessaire par l'accident du 8 juillet 1972 ni par des séquelles tardives de cet événement. Le mari de l'intéressée a alors demandé à la Concordia de rendre une décision formelle sur le cas, en indiquant être disposé à assumer le coût spécifiquement lié aux quatre dents défectueuses qui n'avaient pas été atteintes lors de l'accident.

Par décision du 11 septembre 2001, la Concordia a confirmé sa position. Saisie d'une opposition, elle l'a rejetée par décision du 16 octobre 2001.

B.

A. _____ a recouru contre cette dernière décision devant le Tribunal administratif du canton de Genève (aujourd'hui, en matière d'assurances sociales : Tribunal cantonal des assurances sociales), en concluant à la prise en charge par la Concordia de l'intégralité des frais nécessaires à la réalisation de la nouvelle prothèse dentaire à l'exception du coût lié aux quatre dents qui n'avaient pas été atteintes lors de l'accident mais qu'il était indispensable d'intégrer à ladite prothèse.

A la requête du juge délégué, l'assurée a indiqué qu'au moment de l'accident, elle était assurée auprès de l'assurance scolaire, à Genève; quant au conducteur responsable, il était assuré en responsabilité civile auprès de la Winterthur Assurance (lettre du 8 mars 2002).

En réponse à une demande du juge délégué, le Service des assurances de l'Etat de Genève a indiqué que l'assurance scolaire n'était pas un assureur social au sens strict du terme et qu'avant l'entrée en vigueur de la LAMal, les frais dentaires résultant d'un accident étaient couverts, jusqu'à concurrence de 20'000 fr., pendant une durée de 3 ans. Après cette période, les parents devaient faire une demande pour obtenir un complément de 1'000 fr. pour des traitements futurs, par dent endommagée (lettre du 15 avril 2002).

Par jugement du 7 mai 2002, la juridiction cantonale a admis le recours et condamné la Concordia à rembourser à l'assurée les frais relatifs au remplacement de sa prothèse dentaire.

C.

La Concordia interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont elle demande l'annulation, en concluant au rétablissement de sa décision sur opposition du 16 octobre 2001, subsidiairement au renvoi de la cause à la juridiction cantonale, « afin d'examiner l'économicité du traitement », le tout sous suite de dépens.

L'intimée conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales, Domaine Maladie et accident (intégré, depuis le 1er janvier 2004, à l'Office fédéral de la santé publique) a renoncé à se déterminer sur celui-ci.

Par écriture du 20 août 2002, la recourante s'est exprimée sur la réponse de l'intimée. Cette écriture a été communiquée à l'intimée pour information.

Considérant en droit:

1.

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAMal en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (**ATF 127 V 467** consid. 1). En outre, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (**ATF 121 V 366** consid. 1b).

2.

Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts 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 séquelles.

Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. A l'art. 33 let. d OAMal, le Conseil fédéral a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette délégation aux art. 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31).

Sur le vu des renseignements médicaux figurant au dossier, la nature des affections dont souffre l'intimée ne relève manifestement pas de l'un des états de fait médicaux mentionnés aux art. 17 à 19a OPAS. A juste titre, ce point ne fait pas l'objet de controverse entre les parties. Il s'ensuit que l'assurée ne peut prétendre des prestations à la charge de l'assurance-maladie fondées sur l'art. 31 al. 1 LAMal.

3.

3.1 Selon l'art. 1er al. 2 aLAMal, l'assurance-maladie sociale couvre non seulement la maladie (let. a), mais aussi l'accident (let. b) et la maternité (let. c). En particulier, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal (art. 31 al. 2 LAMal). Les accidents ne sont toutefois couverts que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une assurance-accidents, qu'elle soit obligatoire ou privée. Dans ce domaine, l'assurance-maladie sociale remplit ainsi à la fois un rôle subsidiaire et complémentaire : subsidiaire quand elle a pour tâche de combler dans ce domaine des lacunes d'assurances en raison de sa fonction supplétive; complémentaire lorsqu'elle peut être amenée à prendre en charge des frais non couverts ou couverts partiellement par une assurance-accidents (cf. message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, in : FF 1992 I 123; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 162 sv.).

3.2 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'art. 110 OAMal, ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, 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 d'allouer ses prestations. Cette règle découle au demeurant de la disposition de l'art. 103 al. 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 d'allouer des prestations. Etant donné l'art. 28 LAMal qui met sur un pied d'égalité les prestations en cas de maladie et d'accidents, on doit en déduire que lorsque les conditions de l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal 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 la rechute d'un accident.

Comme l'art. 31 al. 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de l'assureur-maladie d'allouer des prestations (ATF 126 V 321 consid. 4a; RAMA 1998 no KV 33 p. 284 consid. 2).

4.

4.1 En l'espèce, ni un assureur social tenu prioritairement selon l'art. 110 OAMal ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, LAMal n'ont à allouer des prestations pour le traitement dentaire envisagé. Aussi est-ce à la recourante, en sa qualité d'assureur-maladie de l'intimée au moment dudit traitement, qu'il incombe de rembourser les frais de celui-ci, pour autant que les lésions dentaires nécessitant le traitement constituent des séquelles tardives de l'accident du 8 juillet 1972 (cf. ATF 126 V 322 consid. 4b).

4.2 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).

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).

4.3 En l'occurrence, le traitement dont l'intimée demande la prise en charge par la recourante consiste dans le remplacement de la prothèse dentaire posée en 1972 et son extension à quatre dents-piliers dont l'extraction est rendue nécessaire par la présence de caries radiculaires, de problèmes endodontiques et parodontaux.

Dans un premier temps, le docteur G. _____ a indiqué que le remplacement de la prothèse était motivé par l'extraction de quatre dents-piliers rendue nécessaire par la présence des affections susmentionnées (rapport du 9 octobre 2000). C'est seulement ultérieurement que ce médecin a indiqué que le traitement était destiné à pallier aux conséquences à très long terme de l'accident du 8 juillet 1972, du moment qu'une réfection prothétique devait être remplacée après 15 ans « toutes considérations confondues (fonctionnelle, esthétique, infectieuse, traumatique) » (rapport du 20 novembre 2000).

De son côté, le docteur N. _____, médecin-dentiste conseil de la recourante, est d'avis que le traitement est nécessité essentiellement par le mauvais état des quatre dents-piliers dont l'extraction est indispensable (rapport du 28 mai 2001).

4.4

La recourante a conclu à l'octroi de dépens. Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, elle ne saurait en prétendre, aucune indemnité pour les frais de procès

5.

La recourante a conclu à l'octroi de dépens. Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, elle ne saurait en prétendre, aucune indemnité pour les frais de procès n'étant allouée, en règle générale, aux organismes chargés de tâches de droit public (art. 159 al. 2 in fine OJ; ATF 118 V 169 s. consid. 7 et les références). En l'occurrence, il n'y a pas de motif de s'écarter de cette règle.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est partiellement admis et le jugement du Tribunal administratif du canton de Genève du 7 mai 2002 est annulé, la cause étant renvoyée au Tribunal des assurances sociales du canton de Genève pour complément d'instruction au sens des considérants et nouveau jugement.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal genevois des assurances sociales et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 21 juillet 2004

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la Ire Chambre: Le Greffier: