

GE_GERICHTE ATAS/723/2008 vom 18. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_723_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/723/2008 du 18 juin 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/723/2008 del 18 giugno 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours a été déposé dans le délai de 30 jours prescrit par l'art. 60 LPGA. Le recours et la demande respectent par ailleurs la forme prévue aux art. 61 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985. Partant, le recours et la demande sont recevables.

E. 3

Il sied en premier lieu d'examiner si l'assuré peut prétendre à la prise en charge des frais de traitement dans le cadre de l'assurance obligatoire et des soins.

E. 4

L'assurance maladie sociale alloue également des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 LAMal). Elle prend alors en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal). L'art. 31 al. 2 LAMal dispose que l'assurance couvre aussi les coûts du traitement des lésions du système de la mastication causées par un accident.

E. 5

En ce qui concerne le lien de causalité entre les lésions et un accident, il y a lieu de se référer à la jurisprudence rendue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-accident obligatoire du 20 mars 1981 (LAA). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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

A/4963/2006 - 10/13 - 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 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

E. 6

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

A/4963/2006 - 11/13 -

E. 7

En l'espèce, l'assuré a fait valoir dans un premier temps qu'il a dû interrompre le traitement orthodontique pendant son adolescence à cause de la survenance de l'accident. Par la suite, il a allégué avoir dû attendre plusieurs années, dans la mesure où il n'était pas envisageable de recommencer immédiatement après l'accident le traitement commencé. Puis l'assuré a changé son argumentation, en affirmant que le traitement orthodontique litigieux était lié aux conséquences de son accident subi le 18 août 1999. Parallèlement, dans sa réplique du 25 mars 2007, il a admis qu'il considérait à l'époque que la position de ses dents était acceptable et que son souci principal était d'éviter un traitement. Ce n'est qu'à l'âge adulte qu'il était devenu conscient de l'importance de bénéficier d'une mâchoire en bonne santé et en bon état. En premier lieu, il convient de relever que, selon la jurisprudence constante, la préférence doit être donnée aux premières déclarations de l'intéressé, faites alors qu'il en

ignorait peut-être les conséquences juridiques, car les explications nouvelles peuvent être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2 a p. 47; 115 V 143 consid. 8 c). Partant, il y a lieu de se fonder essentiellement sur sa première version des faits, selon laquelle le traitement litigieux est la continuation d'un traitement commencé pendant l'adolescence. Il résulte de surcroît des pièces du dossier, soit de la lettre du 12 décembre 2005 de la Dresse L_____, que le traitement orthodontique a été interrompu pendant l'adolescence de l'assuré pour non collaboration. Celui-ci admet par ailleurs qu'il ne voyait pas à l'époque la nécessité d'entreprendre un traitement orthodontique. Cela devait être a fortiori le cas avant la survenance de l'accident. En tout état de cause, il n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que le traitement orthodontique litigieux a été rendu nécessaire en raison de lésions subies lors de l'accident. En effet, d'une part, le Dr Q_____ a posé le même diagnostic que la Dresse L_____ pendant l'adolescence de l'assuré, comme cela ressort du courrier adressé par ce premier médecin le 19 septembre 2007 au Tribunal de céans. En outre, concernant l'appréciation du lien de causalité entre l'accident et les malformations, il dit clairement que l'accident "peut avoir été suffisant pour provoquer plus de trois quarts de la récurrence". Or, comme relevé ci-dessus, la seule possibilité entre un lien de causalité et l'accident est insuffisante. Une récurrence due à l'accident semble également peu vraisemblable compte tenu de l'interruption prématurée du traitement orthodontique, dès lors que, comme le médecin-conseil de la caisse l'a expliqué de façon convaincante et sans être contredit par le Dr Q_____, les dents peuvent reprendre dans ce cas leur position antérieure, lors de la dépose des appareils fixes. Cela étant, le traitement en cause n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

A/4963/2006 - 12/13 -

E. 8

Il convient ensuite d'examiner si les prétentions de l'assuré peuvent être fondées sur l'assurance complémentaire pour décès ou invalidité par accident et frais de guérison généraux. a) Selon l'art. 16 let. h CGA cette assurance, "les traitements dentaires des enfants et adolescents ne pouvant être effectués qu'ultérieurement en raison du jeune âge de la personne assurée donnent lieu - dans la limite des frais de guérison assurés - à une indemnisation sur la base d'un devis estimatif des frais". En l'espèce, le recourant ne fait pas valoir que le traitement litigieux a dû être retardé à cause de son jeune âge, mais allègue qu'il a été différé en raison de l'accident. La Dresse L_____ a en outre clairement indiqué que le traitement qu'elle avait entrepris en 1998 et 1999 a été interrompu pour non collaboration, avec l'accord des parents. Cela étant, il convient de constater que, indépendamment de la prescription, les conditions de l'art. 16 let. h CGA ne sont pas remplies, de sorte que l'assuré ne peut fonder ses prétentions sur cette assurance complémentaire. b) La let. i de l'art. 16 CGA prévoit par ailleurs la prise en charge des prestations suivantes : "les opérations esthétiques faisant suite à un accident et effectuées par un fournisseur de prestations autorisées par la loi, jusqu'à CHF 10'000.- au maximum". En l'espèce, comme relevé ci-dessus, il ne peut être prouvé avec le degré de vraisemblance légalement exigé que l'intervention orthodontique a été rendue nécessaire à cause de l'accident de l'assuré. Il appert de surcroît que le droit à ces prestations est prescrit. En effet, aux termes de l'art. 46 al. 1 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. En l'occurrence, c'est la date de l'accident du 18 août 1999 ou

du moins le moment à partir duquel l'état était stabilisé qui fait partir ce délai. Or, selon toute vraisemblance, cela était le cas au plus tard une année après l'accident. Il ne saurait non plus être reproché à la caisse d'être responsable de l'expiration de ce délai pour avoir tardé à répondre, dans la mesure où l'assuré n'a fait valoir sa créance pour la première fois que le 14 juillet 2005.

E. 9

Au vu de ce qui précède, la demande et le recours seront rejetés.

A/4963/2006 - 13/13 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.