

## **GE\_GERICHTE A/4963/2006 vom 18. Juni 2008**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4963\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4963_2006)

FR: GE\_GERICHTE A/4963/2006 du 18 juin 2008

IT: GE\_GERICHTE A/4963/2006 del 18 giugno 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.06.2008  
A/4963/2006

A/4963/2006 ATAS/720/2008 du 18.06.2008 ( LCA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4963/2006 et  
A/581/2007 ATAS/720/2008 et ATAS/723/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL  
DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 18 juin 2008 En la cause Monsieur  
B\_\_\_\_\_, domicilié à BERNEX Recourant et demandeur contre CSS ASSURANCES  
SA, Droit & Compliance, Tribschenstrasse 21, LUCERNE Intimée et défenderesse EN  
FAIT B\_\_\_\_\_, est assuré auprès de la CSS Assurances SA (ci-après: la caisse) pour  
l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, ainsi que diverses assurances  
complémentaires depuis le 1 er juin 1999, dont une assurance pour décès ou invalidité par  
accident et pour frais de guérison généraux, en complément à l'assurance-maladie  
obligatoire. A partir du 1 er janvier 2003, il bénéficie d'une assurance de soins dentaires  
auprès de cette caisse, assurance qui prévoit la prise en charge de 50% des frais dentaires  
jusqu'à concurrence de 1'000 fr. par année civile. Du 30 mars 1998 au 21 juin 1999, l'assuré  
a suivi un traitement dentaire auprès de la Dresse L\_\_\_\_\_. Le diagnostic de départ est  
classe II squelettique et classe II dentaire et asymétrie, selon le courrier du 12 décembre  
2005 de ce médecin à la caisse. Elle a par ailleurs indiqué que le traitement a été interrompu  
avant la fin pour non collaboration, avec l'accord des parents de l'intéressé. Le 18 août 1999,  
l'intéressé a glissé dans sa salle de bain et heurté le lavabo. Ce faisant, il s'est blessé aux  
dents, aux termes de sa déclaration d'accident du 29 août 1999. Selon les indications  
figurant dans le formulaire "lésions dentaires selon la LAMal - résultats d'examens/devis"  
du 17 septembre 1999, rempli par la Dresse M\_\_\_\_\_, médecin dentiste, l'accident a  
provoqué une luxation des dents 12,11 et 21, ainsi qu'un décollement de la gencive sur les  
dents 12 et 11. Le traitement a consisté à placer une attelle et à suturer la gencive. Le patient  
est resté en observation pendant quelques semaines pour déterminer s'il convenait de faire  
un traitement de racines. Le 14 juillet 2005, l'assuré a demandé à la caisse la prise en charge  
d'un traitement orthodontique pour un montant de 9'798 fr., selon le devis établi le 7 juillet  
2005 par le Dr N\_\_\_\_\_, médecin dentiste au Centre dentaire esthétique. Il a précisé  
qu'il avait abandonné le traitement orthodontique qu'il suivait suite à son accident précité  
auprès de la Dresse M\_\_\_\_\_. Ses dents étant restées en l'état depuis l'accident, il avait  
maintenant consulté des spécialistes, afin d'évaluer une suite possible pour le traitement. Par  
courrier du 20 juillet 2005, la caisse l'a informé que les frais devisés par le Dr N\_\_\_\_\_ ne  
représentaient pas des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins.  
Toutefois, une partie des frais pourrait être prise en charge dans le cadre de l'assurance  
complémentaire de soins dentaires. Par courrier du 28 juillet 2005 à la caisse, l'assuré a  
répété qu'il avait dû interrompre son traitement à la suite de son accident. Le rapport de la  
Dresse M\_\_\_\_\_ précisait en outre clairement les complications du traitement

orthodontique qu'il suivait et la nécessité de réévaluer la suite. Quant au traitement Invisalign (orthodoxie invisible) qu'il souhaitait entreprendre, il était parfaitement adapté à son cas, dès lors qu'il travaillait en contact avec des gens. L'efficacité de ce traitement n'était plus à démontrer et les prix tout à fait dans la norme. Il a également estimé que le traitement devait être pris en charge dans le cadre de la LAMal en tant que suite d'un accident. Par courrier du 22 août 2005, l'assuré a écrit à la caisse qu'il demandait un nouveau traitement orthodontique à la suite de l'interruption de son traitement de l'époque qu'il suivait chez la Dresse L\_\_\_\_\_, traitement qui a dû être interrompu à cause de l'accident. Par ailleurs, l'accident avait également fragilisé certaines dents. De ce fait, il n'avait pas été possible de reprendre immédiatement le traitement orthodontique. A cet égard, il a rappelé que cette praticienne avait indiqué qu'un traitement de racines pourrait être nécessaire si une des dents touchées venait à "rendre l'âme" ce qu'il convenait d'observer pendant trois années au moins. Il aurait été dès lors impensable de continuer un traitement immédiatement après l'accident, dans la mesure où ce traitement aurait encore plus endommagé la dent en la déplaçant. Par courrier du 11 décembre 2005, l'assuré a de nouveau allégué qu'il demandait un traitement orthodontique, afin de terminer un traitement commencé durant son adolescence et qui a dû être interrompu suite à un accident. Il s'était rendu chez la Dresse L\_\_\_\_\_ pour corriger une mâchoire inférieure trop en retrait. Il avait été convenu de poser des bagues sur les dents de la mâchoire supérieure, afin de les réaligner, puis de poursuivre le traitement, concernant la mâchoire inférieure, au moyen d'un monobloc. L'accident était survenu alors que les bagues de la mâchoire supérieure avaient été enlevées et qu'il avait commencé le traitement à l'aide du monobloc. Le violent choc sur la mâchoire supérieure avait démis plusieurs dents. Il a ainsi arrêté le traitement. En effet, sa mâchoire ne correspondait plus au monobloc qui avait été fabriqué et il était impossible de recommencer le traitement pour réaligner ses dents, car l'une d'elles avait été fortement touchée et la Dresse M\_\_\_\_\_ déconseillait fortement de la bouger à nouveau, compte tenu du risque de perdre sa dent et de devoir y effectuer un traitement de racines. Par conséquent, il avait attendu la fin de sa croissance pour reprendre un traitement. Après avoir pris des renseignements complémentaires auprès de la Dresse L\_\_\_\_\_, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin conseil de la caisse, a déclaré dans son avis médical du 12 janvier 2006 que la situation était claire avec les indications données par ce dernier médecin par courrier du 12 décembre 2005, dans le sens où le traitement a été interrompu pour non collaboration. Ainsi, la reprise du traitement orthodontique n'était pas à la charge de la caisse. Sur la base de cet avis médical, la caisse a écrit le 19 janvier 2006 à l'assuré qu'elle persistait à refuser le traitement en cause dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Cependant, elle prendra en charge 50 % des frais jusqu'à concurrence de 1'000 fr. par année civile dans le cadre de l'assurance de soins dentaires, une fois que son médecin dentiste aura indiqué les positions du tarif dentaire SSO. Par courrier du 21 janvier 2006, l'assuré a contesté avoir interrompu le traitement auprès de la Dresse L\_\_\_\_\_ pour non collaboration et persisté à dire que la cause de l'interruption avait été l'accident. Il a souligné qu'il n'avait pas été envisageable de recommencer immédiatement après l'accident le traitement orthodontique, lequel aurait impliqué de déplacer à nouveau les dents touchées par l'accident, augmentant ainsi de manière significative le risque de devoir procéder à un traitement de racines. Par lettre du 6 juin 2006, l'assuré a informé la caisse qu'il était impossible de lui fournir plus d'éléments pour établir que le traitement orthodontique a été interrompu à cause de l'accident, dès lors que cet événement était trop ancien. Il a abandonné dès lors cet argumentaire. Cependant, l'importance de l'accident justifiait

également d'envisager un traitement orthodontique. Il était cependant déconseillé de l'entreprendre immédiatement après l'accident, au vu de la fragilisation des dents touchées. L'assuré avait dès lors dû attendre la fin de sa croissance. Par lettre du 3 juillet 2006, l'assuré a demandé à la caisse la prise en charge des frais en cause dans le cadre de son assurance complémentaire pour décès ou invalidité par accident ou frais de guérison généraux. Par courrier du 14 août 2006, la caisse a refusé la prise en charge du traitement dans le cadre de cette dernière assurance, au motif que le traitement avait été interrompu pour non collaboration avant la fin du traitement. Le 16 août 2006, l'assuré a informé la caisse que, après avoir effectué des recherches, il avait constaté que son traitement orthodontique avait été interrompu déjà plusieurs mois avant l'accident. Ainsi, convenait-il d'admettre que l'état actuel de ses dents était entièrement dû à l'accident. Selon l'appréciation du 8 août 2006 de M. C\_\_\_\_\_ du service médical de la caisse, la prise en charge du traitement doit être refusée, dans le cadre de l'assurance décès ou invalidité, dès lors que seuls les traitements dentaires des enfants et adolescents ne pouvant être effectués qu'ultérieurement en raison du jeune âge de la personne assurée donnaient lieu à une indemnisation. Or, le traitement avait été interrompu pour non collaboration. De plus, le patient avait attendu sept ans avant de l'entreprendre. Selon les indications données par la Dresse L\_\_\_\_\_ le 9 août 2006, le traitement orthodontique a débuté le 30 mars 1998, et les bagues posées le 28 avril 1998 et déposées le 12 janvier 1999. Le 4 mars 1999, un monobloc a été posé et le dernier contrôle date du 21 juin 1999. Selon l'avis médical du 28 août 2006 du Dr O\_\_\_\_\_, il est certes contre-indiqué d'entreprendre un traitement orthodontique dans les semaines suivant un traumatisme dentaire. Cependant, attendre jusqu'à sept ans pour l'entreprendre ne relevait plus de la nécessité médicale. S'il s'était avéré nécessaire après l'accident, il aurait dû être entrepris dans les six mois suivants. Ainsi, avec une vraisemblance prépondérante, les dents n'avaient pas été déplacées de façon majeure et l'interruption du traitement orthodontique avait laissé les dents dans des positions qui ne devaient pas être optimales. Toutefois, cela n'avait pas gêné l'assuré durant environ sept ans. Par décision du 3 octobre 2006, la caisse a refusé les prestations pour le traitement litigieux, sur la base de l'avis médical de son médecin conseil précité. Par courrier du 20 octobre 2006, l'assuré a formé opposition à la décision du 3 octobre 2006, en reprenant son argumentation antérieure, sauf en ce qui concerne l'interruption du traitement pour cause d'accident. Il a contesté également le refus de prise en charge du traitement par l'assurance complémentaire. Par décision du 26 janvier 2007, la caisse a rejeté l'opposition. Elle a fait valoir que le traitement d'orthodontie avait été interrompu au printemps 1999 quelques mois avant l'accident. On pouvait ainsi affirmer avec une vraisemblance très prépondérante que l'interruption du traitement orthodontique avait laissé les dents dans des positions qui ne devaient pas être optimales. Par ailleurs, les dents ne devaient pas avoir été déplacées de façon majeure suite à l'accident, dans la mesure où le traitement n'avait été entrepris que sept ans plus tard. Par conséquent, la caisse a nié un lien de causalité entre l'accident annoncé et le traitement orthodontique litigieux. Le 31 janvier 2007, la caisse transmet au Tribunal de céans la lettre du 20 octobre 2006 de son assuré, en précisant que celle-ci doit être considérée comme une demande dirigée à son encontre, afin d'obtenir la prise en charge des prestations dans le cadre des assurances complémentaires. Cette demande est enregistrée par le Tribunal de céans sous le no de cause A/4963/2006. Le 7 février 2007, l'assuré interjette recours contre la décision sur opposition précitée, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi des prestations dans le cadre de la LAMal. Ce recours est enregistré au Tribunal de céans sous le no A/581/2007. Le recourant souligne que la Dresse M\_\_\_\_\_ a mentionné dans le

rapport d'accident qu'une observation était nécessaire pendant au moins trois années et qu'un traitement d'orthopédie dento-faciale était devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident. L'assuré a considéré ainsi que le lien de causalité entre cet événement et le traitement à entreprendre est établi. Il était par ailleurs tout à fait censé et prudent d'attendre la fin de sa croissance, afin de préserver au mieux son état dentaire. Le 12 mars 2007, la caisse conclut au rejet de la demande. En premier lieu, elle se prévaut de l'écoulement du délai de prescription de deux ans; en alléguant que le demandeur savait dès le 17 septembre 1999 quelles étaient les conséquences de son accident et que c'est à compter de cette date que le délai de prescription a commencé à courir. Elle persiste en outre à nier le lien de causalité entre l'accident et le traitement en cause. Par réponse au recours du 20 mars 2007, la caisse conclut au rejet de celui-ci, en faisant valoir l'absence du lien de causalité entre l'accident et les atteintes litigieuses. Par réplique du 25 mars 2007, dans le cadre de la demande concernant les assurances complémentaires, le demandeur persiste dans ses conclusions, en reprenant ses arguments précédents. Il répète notamment qu'il avait attendu avant d'entreprendre le traitement en cause, par crainte d'endommager ses dents dans une plus ample mesure. Cette crainte était d'autant plus forte que le traitement dentaire subi à la suite de l'accident s'était avéré très douloureux. En outre, il relève que l'accident est survenu alors qu'il avait 15 ans, soit en pleine adolescence. Peu enclin à subir des contraintes, il considérait à l'époque, quelle que soit la position de ses dents, celle-ci était acceptable pourvu que cela lui évitait un traitement. Ce n'est qu'ultérieurement qu'il avait entrepris des démarches visant un nouveau traitement orthodontique, lorsqu'il était devenu conscient de l'importance de bénéficier d'une mâchoire en bonne santé et en bon état, d'autant plus qu'il ressentait régulièrement des gênes dues à la malposition de ses dents. Concernant l'expiration du délai de prescription dont la caisse s'est prévalue dans le cadre de la demande déposée à son encontre, il souligne que la défenderesse a constamment mis un temps extrêmement long à répondre à ses requêtes successives. Par ordonnance du 23 mai 2007, le Tribunal de céans joint la demande et le recours déposés par l'assuré dans une seule procédure. Dans sa duplique du 30 mai 2007, la caisse persiste dans ses conclusions, en reprenant son argumentation antérieure. Elle précise en outre qu'elle a pris en charge le traitement litigieux dans le cadre de l'assurance des soins dentaires à raison de 1'000 fr. par année civile. Le 8 juin 2007, l'assuré informe le Tribunal de céans avoir consulté le 4 juin son médecin-dentiste pour un contrôle. Celui-ci a constaté que les conséquences de l'accident étaient toujours présentes et que la dent, qui nécessitait une surveillance approfondie pour un traitement de racines, était dans un état incertain. Selon le médecin consulté, la Dresse P\_\_\_\_\_, une observation dans le futur est nécessaire. Le délai d'observation d'au moins trois années est donc toujours d'actualité. L'assuré souligne en outre que l'assurance complémentaire pour décès ou invalidité par accident et pour frais de guérison généraux en complément à l'assurance des soins couvre tant les traitements dentaires qu'esthétiques. Selon les conditions générales d'assurances (CGA) de cette assurance, la limite de couverture est de 10'000 fr. pour les traitements effectués plus de 5 ans après l'accident. Par courrier reçu le 19 septembre 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_ de la Clinique dentaire de Genève répond à un certain nombre de questions du Tribunal de céans. Concernant la nécessité du traitement orthodontique, il indique ce qui suit : "Mr B\_\_\_\_\_ présente une classe II, division II asymétrique (plus prononcée à gauche) avec supraclusion elle-même asymétrique, due au choc de l'accident qui entretient un véritable cercle vicieux : en effet, par réflexe d'évitement, la mandibule se maintient en rétroposition avec impossibilité de mastication alternée, balancée, ce qui aggrave les

pressions asymétriques sur les articulations temporo-mandibulaires. Cette situation, qui va vite devenir délétère pour les ATM et tout l'équilibre crânio-cervical, rend le traitement obligatoire. Il faut redresser les incisives supérieures luxées par le choc accidentel et reprendre le traitement de la classe II asymétrique, en reculant les secteurs latéraux supérieurs, beaucoup plus à gauche." A la question de savoir si les atteintes à la santé rendant nécessaire le traitement sont congénitales ou dues à l'accident, ce médecin donne la réponse suivante : "Difficile de dire avec précision quelle était la part de récurrence post-traitement dans cette asymétrie. Ce qui est certain, c'est que la luxation asymétrique des incisives supérieures aggrave de plus en plus l'instabilité de l'occlusion et de la fonction masticatrice. Etant donné que le choc avec la luxation a eu lieu il y a 8 ans, il peut avoir été suffisant pour provoquer plus de trois quarts de la récurrence". Ce médecin précise, concernant la question de savoir si le traitement orthodontique a été notamment rendu nécessaire en raison des suites de l'accident, ce qui suit : "Comme dit dans les deux réponses précédentes, c'est bien la luxation asymétrique qui a provoqué ou aggravé à plus de 75 % le retour à une position de classe 2 asymétrique, en obligeant la mandibule à se rétracter asymétriquement et en verrouillant la position masticatrice alternée. Ce qui aboutira tôt ou tard à une situation traumatique pour les articulations temporo-mandibulaires." A la question de savoir si le Dr Q\_\_\_\_\_ pose le même diagnostic que la Dresse L\_\_\_\_\_, il a répondu comme suit : "Si nous avons toujours une situation de classe 2 asymétrique, comme au premier bilan, celle-ci est aggravée du fait de la forte version linguale asymétrique incisive avec supraclusion. Il faut en effet commencer par redresser délicatement les incisives supérieures, pour lever le verrou mandibulaire et pouvoir espérer une correction. Un tel traitement peut demander jusqu'à deux ans, suivi d'une solide contention asymétrique." Par courrier du 21 septembre 2007, l'assuré persiste dans ses conclusions, en se fondant sur les réponses du Dr Q\_\_\_\_\_ et en reprenant son argumentation antérieure. Le 22 janvier 2008, le médecin conseil de la caisse se détermine sur les réponses du Dr Q\_\_\_\_\_. Il fait observer que la Dresse M\_\_\_\_\_ a précisé que seul un traitement de racines était éventuellement nécessaire mais non pas un traitement orthodontique. Par ailleurs, le Dr Q\_\_\_\_\_ ne fait pas partie de la Société suisse des médecins dentistes (SSO). Il n'a pas signé la convention tarifaire, de sorte qu'il n'a pas le droit d'effectuer les traitements dentaires relevant des assurances suisses. L'examen des radiographies du 19 août 1999 montre en outre que l'espace périapical des dents 11 et 21 est très légèrement élargi, ce qui est un signe d'une luxation mineure, puisqu'aucun traitement radiculaire n'a été nécessaire après la dépose de l'attelle de contention posée par la Dresse M\_\_\_\_\_. Le Dr O\_\_\_\_\_ s'étonne que le Dr Q\_\_\_\_\_ ait pu affirmer que la supraclusion est due au choc de l'accident, s'agissant d'un événement qui a eu lieu il y a huit ans, et en l'absence des modèles d'origine. De surcroît, une dent mobilisée en situation de supraclusion se serait déplacée vers l'avant et non en arrière. L'étude des modèles de 2007 met en évidence que la position de la dent 22, qui n'a pas été traumatisée par rapport aux incisives, montre également une supraclusion. Il est infondé d'affirmer que la supraclusion maintient la mandibule en rétroposition rendant impossible une mastication alternée, dans la mesure où l'engrènement des dents 24-27 et 34-37 est telle que même sans supraclusion une mésialisation (avancement) fonctionnelle de la mandibule est impossible. Ainsi, si récurrence il y a eu, ce n'est pas à cause du choc sur les dents 12, 11 et 21, mais à cause de l'interruption du traitement orthodontique. En effet, à l'interruption d'un tel traitement, où toutes les dents sont mouvantes et présentent une mobilité accrue, les dents reprennent leur position antérieure, lors de la dépose des

appareillages fixes. La preuve en est qu'à la fin d'un traitement orthodontique complet, il y a toujours une longue phase de contention pour stabiliser les dents où on les a placées, afin qu'il n'y ait pas de récive. Le Dr O \_\_\_\_\_ estime ainsi que l'affirmation, selon laquelle la luxation asymétrique a provoqué ou aggravé à plus de 75 % le retour à la classe II asymétrique est sans fondement. Cela aurait signifié que toutes les dents supérieures (prémolaires et molaires) se seraient mésialisées (avancées) ou que toutes les dents inférieures (prémolaires et molaires) se seraient distalées (reculées), ce qui est impossible. Enfin, il n'y a pas de version linguale des incisives supérieures et celle-ci ne peut d'aucune façon aggraver une classe II. Sur la base de cette appréciation médicale, la caisse conclut le 30 janvier 2008 au rejet de la demande et du recours. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2008, le Tribunal de céans invite le Dr Q \_\_\_\_\_ à se déterminer sur l'appréciation médicale du Dr O \_\_\_\_\_. Ce premier médecin fait savoir au Tribunal de céans le 11 avril 2008, par l'intermédiaire de sa secrétaire, qu'il n'a rien à ajouter à ses précédentes missives. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 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. 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. 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. 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 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). 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, 2 ème 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 ; ATF non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). 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. 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. Au vu de ce qui précède, la demande et le recours seront rejetés. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours et la demande recevables. Au fond : Les rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 (av. du Tribunal Fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), 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 Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office

fédéral des assurances privées par le greffe le

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