

GE_GERICHTE A/669/2016 vom 28. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_669_2016

FR: GE_GERICHTE A/669/2016 du 28 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/669/2016 del 28 settembre 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié c/o M. B _____, à ONEX recourant contre MOOVE SYMPANY SA, sise Peter Merian-Weg 4, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Isabelle JAKES intimée EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, a été victime d'un accident d'avion de plaisance, le 2 août 1984, qui a provoqué des lésions dentaires nécessitant, d'une part, la pose d'un pont sur les dents 13 à 23, étant précisé que les dents 11 et 21 étaient manquantes, ainsi que d'une couronne dentaire céramo-métal (CCM) sur les dents 15, 45 et 46. Le cas a été pris en charge par la Winterthur assurances (ci-après : la Winterthur), son assurance-accidents de l'époque régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).!> 2. Le 14 août 1987, l'assuré est tombé d'une échelle dans le cadre de son travail, accident qui a entraîné notamment une rechute des lésions dentaires causées par l'accident du 2 août 1984, prise en charge par la Winterthur.!> 3. Le 3 septembre 1999, l'assuré a fait une chute dans les escaliers, lors de laquelle il a notamment heurté le pont reliant les dents 13 à 23. A cette époque, il était couvert contre les accidents professionnels et non-professionnels par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Selon les devis des 11 février et 23 mai 2000 établis par le docteur C _____, médecin-dentiste, le dommage dû à l'accident consistait en une contusion des dents 13 à 23, une fracture des couronnes 26 et 36 ainsi qu'en une ébréchure de la céramique vestibulaire sur 21 du pont 13 à 23, qui était légèrement mobile. Les dents 22, 26 et 27 ainsi que 48 et 47 étaient atteintes de parodontose. La dent 22 avait dû être extraite en raison d'une infection parodontale provoquée par la mobilité. Le Dr C _____ a proposé une ablation du pont 13 à 23, la pose d'un pont provisoire, puis d'un pont définitif sur les dents 13 à 23.!> 4. Dans son avis du 14 novembre 2000, le docteur D _____, médecin-dentiste conseil de la SUVA, a observé que la denture de l'assuré présentait un parodonte malade au vu du tartre généralisé et de l'ostéolyse horizontale. Il a admis que la mobilité du pont avait été augmentée par les chocs, mais que les dommages parodontaux (ostéolyse horizontale généralisée, poche osseuse distale 22 avec tartre sous-gingival 22/23) n'étaient pas post-traumatiques et ne pouvaient pas l'être. De plus, la perte parodontale de la dent 22 n'était pas post-traumatique mais avait son origine dans un manque de soins (tartre). La prise en charge d'un pont 13, 12, 23 avec révision des traitements radiculaires était acceptable pour autant que l'assuré fit assainir sa denture parodontalement à ses frais. A l'échéance des traitements, le pont pourrait être entrepris si les piliers 13, 12, 23 étaient toujours assez solides. Sans cela, la prise en charge serait limitée à un partiel squeletté pour trois dents.!> 5. Dans son rapport du 20 décembre 2002, le Dr C _____ a mentionné une nette amélioration du parodonte au niveau du pont antérieur supérieur. Il envisageait un traitement radiculaire des trois dents pilier (13, 12 et 23), l'alternative proposée par la SUVA, à savoir l'extraction et le remplacement par un stellite, ayant été

refusée par l'assuré. Le 31 janvier 2003, la SUVA a accepté la prise en charge du traitement préconisé.![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 8 février 2013 faisant suite à son examen du même jour, le docteur E_____, médecin-dentiste au centre médico-dentaire de Balexert, a fait état de l'apparition d'une symptomatologie sur la dent 23 qu'il avait tenté de sauvegarder par apicectomie en vain, cette dent étant entourée d'un grand granulome sur fissure constatée lors de la chirurgie. Il a proposé la section du pont au niveau de la dent 12, la pose d'un implant et l'augmentation simultanée du pont en 11 à 23.![endif]>![if> 7. Par courriel du 6 février 2013, l'assuré a demandé à la Winterthur de prendre en charge l'intervention chirurgicale nécessaire et ses suites. Le même jour, la Winterthur lui a répondu que son dossier faisait partie d'un portefeuille d'assurances individuelles cédé à la caisse-maladie Wincare, elle-même reprise par la caisse-maladie Sanitas (ci-après : Sanitas). Il appartenait à cet assureur de poursuivre l'instruction de la rechute du sinistre de 1984 qui avait fait l'objet d'une indemnisation par la Winterthur jusqu'en 2005.![endif]>![if> 8. Le 11 février 2013, le Dr E_____ a adressé à Sanitas une demande de prise en charge du traitement estimé à CHF 10'441.70 selon son devis du même jour. Il a précisé qu'à la suite de l'accident de 1984, le maxillaire supérieur de l'assuré avait été reconstruit grâce à un pont céramo-métallique de 13 à 23. L'assuré présentait une complication tardive de ce traumatisme sur la dent 23, à savoir une fissure radiculaire due au tenon avec perte complète osseuse péri-radriculaire.![endif]>![if> 9. Par courrier du 19 février 2013, Sanitas a répondu au Dr E_____ que les documents anciens en sa possession ne lui permettaient pas de constater que l'assuré avait subi un accident dentaire en 1984. Les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) en vigueur au moment de l'accident prévoyaient la prise en charge des coûts escomptés pour des traitements intermédiaires ainsi que pour une unique remise en état définitive des dents endommagées. Etant donné que le pont céramo-métallique de 13 à 23 constituait le traitement définitif, elle ne pouvait plus allouer de prestations pour les séquelles tardives apparues récemment. L'assuré pouvait néanmoins faire une demande de prise en charge auprès de son assurance obligatoire des soins.![endif]>![if> 10. Le 22 mars 2013, le Dr E_____ a réitéré sa demande. Il a précisé qu'un pont prothétique ne pouvait pas avoir une espérance de vie infinie et ne pouvait par conséquent pas être considéré comme un traitement définitif. Le pont actuel encore en bouche tenait grâce à des appuis sur les dents voisines. Le maintien de cette situation risquait également de compromettre les dents voisines. Il était important que le dossier fût soumis à son médecin-dentiste conseil. Il a joint une attestation du docteur F_____, médecin-dentiste au centre médico-dentaire de Balexert et professeur honoraire à l'université de Genève, certifiant qu'un travail prothétique fixe conventionnel, tel qu'un pont, ne pouvait pas durer toute une vie s'il avait été effectué sur un patient jeune. Lorsqu'il était réalisé après un accident, son remplacement devait être considéré comme une suite de l'accident. En France, dans un tel cas, les assurances proposaient au patient une somme couvrant approximativement les différents soins qu'il devrait effectuer au cours de sa vie.![endif]>![if> 11. Par courriers du 12 avril 2013 adressés respectivement à l'assuré et au Dr E_____, Sanitas a confirmé son refus. Elle a rappelé que les coûts liés à l'accident dentaire de septembre 1999 avaient été pris en charge par la SUVA. Si le traitement était en lien de causalité avec cet accident, il appartenait à cette dernière de prendre également les (nouveaux) coûts en charge. L'assurance-maladie et accidents pour les particuliers était une assurance complémentaire selon la LCA. Elle a transmis à l'assuré une copie de ses CGA en précisant qu'il avait la possibilité de déposer une « plainte » auprès des tribunaux compétents de son domicile ou de Zurich.![endif]>![if> 12. Selon la facture du centre

médico-dentaire de Balexert du 20 décembre 2013, un pont provisoire a été exécuté le 28 mai 2013 et des implants (dents 11 et 23) ont été posés le 4 juin 2013. L'assuré ayant demandé à la SUVA le 21 mai 2013, la transmission d'une copie de son dossier, cette assurance lui a répondu le 26 juin 2013, que son dossier avait été détruit. Elle lui a communiqué les quelques pièces encore disponibles dans son système informatique. Le 1^{er} novembre 2013, l'assuré a annoncé le cas à Moove Sympany SA (ci-après : Sympany ou l'intimée), son assurance-maladie et accidents depuis le 1^{er} janvier 2004. Le 14 novembre 2013, cette dernière l'a informé que le contrat d'assurance-accidents qui les liait ne couvrait que les accidents récents et non les accidents antérieurs. Pour les accidents ayant eu lieu en 1984 et 1987, il lui appartenait de s'adresser à la Winterthur, son assureur de l'époque qui devait intervenir. A la suite de la requête du 13 janvier 2014 par laquelle l'assuré a demandé à la chambre des assurances sociales de désigner l'assureur tenu de prendre en charge les frais du traitement dentaire exécuté par le Dr E_____ et a formé un recours pour déni de justice contre Sympany, la chambre de céans a déclaré la requête irrecevable et a rejeté le recours pour déni de justice par arrêt du 9 juillet 2014 (ATAS/855/2014). Elle a invité l'assuré à requérir des diverses assurances concernées une décision formelle portant sur la prise en charge de l'intervention dentaire de 2013. Le 22 juillet 2014, l'assuré a requis une décision formelle concernant les suites de l'accident du 3 septembre 1999 auprès de la SUVA, de la Winterthur et de Sympany, en joignant une copie de l'arrêt du 9 juillet 2014. Par courrier du 29 juillet 2014, la Winterthur a répondu qu'elle intervenait en tant qu'assureur privé régi par la LCA, de sorte qu'il ne lui était pas possible de rendre une décision formelle. Elle ne trouvait aucune trace d'un dossier de sinistre datant de 1984, son obligation légale de conservation des archives étant de dix ans. De plus, selon les CGA de l'époque, si le traitement définitif n'était pas possible, elle payait les frais présumés du traitement provisoire et le coût d'une unique remise en état définitive des dents endommagées. Ayant pris en charge, à l'époque, la remise en état définitive des dents, plus aucune prestation ne pouvait lui être accordée. Il appartenait à Sanitas et à la SUVA de se prononcer sur une éventuelle aggravation suite aux accidents de 1987, respectivement de 1999. Le 19 août 2014, Sympany a demandé à l'assuré de lui transmettre, au plus tard pour le 20 septembre 2014, une documentation complète de ses accidents depuis 1984 afin qu'elle puisse examiner une éventuelle obligation de prestations. Par courrier du même jour, elle a demandé à la SUVA de lui remettre toutes les pièces en sa possession en rapport avec les divers accidents dentaires, à savoir correspondances, décisions et tous autres documents pertinents depuis 1984. En particulier, elle souhaitait obtenir avec la décision de la SUVA une prise de position (sous une forme semblable à celle d'une décision) selon laquelle celle-ci ne s'estimait pas compétente. Le 29 septembre 2014, l'assuré a adressé à Sympany toutes les factures réglées par lui-même depuis octobre 2010 en précisant qu'il n'avait pas conservé celles antérieures à 2010, un devis de son dentiste ainsi que les radiographies et avis du médecin. Par courriel du 13 octobre 2014, Sympany a réitéré sa demande auprès de la SUVA en joignant son courrier du 19 août 2014. Par courrier du 28 octobre 2014, la SUVA a indiqué à Sympany qu'après examen du dossier par son médecin-dentiste conseil, elle lui communiquerait le résultat de cet examen et sa décision de prise en charge. Le 9 février 2015, le docteur G_____, médecin-dentiste conseil de la SUVA, a observé que la radiographie panoramique révélait un état de santé très dégradé avec perte osseuse horizontale généralisée au maxillaire et au quadrant 4 ainsi qu'une édentation

molaire au quadrant 1. Déjà en 2000, le précédent médecin-dentiste conseil de la SUVA avait conclu qu'au vu de l'état parodontal, un remplacement par une solution fixe n'entrerait pas en considération. L'assainissement parodontal avait amélioré la situation, mais il existait toujours une édentation au quadrant 1 depuis la dent 14. La solution choisie par l'assuré était plus favorable esthétiquement mais défavorisait la fonction et l'occlusion. Au regard de cette situation, il y avait lieu de prendre en charge un stellite pro forma et de verser à l'assuré un montant forfaitaire de CHF 3'500.-.[endif]>[if> 23. Par courrier du 20 février 2015, la SUVA a informé l'assuré que, sur la base du rapport de son médecin-dentiste conseil, elle ne pouvait en aucun cas accepter un traitement par implants. En revanche, elle prenait en charge un stellite supérieur en remplacement du pont 13 à 23, en solution pro forma. Elle a précisé que vu l'état parodontal, un remplacement par une solution fixe n'entrerait pas en considération. Elle a également demandé au médecin-dentiste de lui faire parvenir une estimation pour le stellite. Elle a confirmé sa position par décision du 13 avril 2015.[endif]>[if> 24. A la suite du recours formé le 11 mars 2015 par l'assuré invoquant une décision tardive et inacceptable de la SUVA ainsi qu'un déni de justice de Sympany qui n'avait pas répondu à sa demande de décision formelle, par arrêt du 23 septembre 2015 (ATAS/711/2015), la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable en tant qu'il était interjeté contre la « décision » du 20 février 2015. En revanche, elle a admis le recours pour déni de justice concernant Sympany au motif que celle-ci, en ne rendant pas de décision formelle jusqu'à la date du recours, en ne transmettant pas son dossier à la chambre de céans et en ne prenant pas position sur le recours bien qu'elle y ait été invitée, avait manifesté son refus de rendre une décision formelle.[endif]>[if> 25. Donnant suite à la demande de Sympany de recevoir la décision du 13 avril 2015 et les documents médicaux ayant permis à son médecin-dentiste conseil de considérer qu'en 2000 déjà une solution fixe n'entrerait pas en considération au vu de l'état parodontal, la SUVA lui a transmis les documents demandés le 29 octobre 2015.[endif]>[if> 26. Par décision du 10 novembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que l'assuré n'apportait pas d'éléments médico-dentaires propres à mettre en cause l'appréciation du Dr G_____. Elle a rappelé que le traitement à la charge de l'assureur-accidents se limitait aux mesures médicales qui, par des moyens adéquats, étaient nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé.[endif]>[if> 27. Par décision du 8 décembre 2015, Sympany a refusé la prise en charge des coûts du traitement dentaire contesté concernant les accidents des 2 août 1984, 14 août 1987 et 3 septembre 1999 au motif que l'assureur-accidents « ultérieur » n'était pas tenu de verser des prestations si l'assureur couvrant l'accident, en l'occurrence la SUVA, ne prenait pas en charge le traitement souhaité. S'agissant de l'assurance-maladie, aucune pièce au dossier n'établissait que l'assuré souffrait d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication, notamment une maladie de l'appareil de soutien des dents ou de l'os maxillaire.[endif]>[if> 28. Le 2 janvier 2016, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a reproché à Sympany d'avoir basé sa décision sur celle de la SUVA, sans avoir soumis le dossier à son médecin-dentiste conseil. Dans la mesure où à réception du devis, elle n'y avait pas fait opposition, elle l'avait accepté. Il a joint en annexe un rapport du 22 décembre 2015 établi par les Drs E_____ et F_____. Selon ces derniers, les fissures radiculaires sur présence de tenon étaient des complications tardives fréquentes et classiques. Le pont 13 à 23 ne pouvait en aucun cas être considéré comme un traitement définitif. Les constatations du Dr G_____ n'étaient que partiellement pertinentes. Dans la mesure où l'assainissement parodontal avait été effectué dans les règles de l'art, il n'y avait plus aucune contre-indication à un traitement implantaire. Le recourant encourrait le même

risque de complication (péri-implantite) que le patient sans pathologie parodontale. L'analyse complète de la situation bucco-dentaire du recourant introduisait la confusion. L'accident ne concernait que le secteur supéro-antérieur et il n'y avait aucune relation avec le reste de l'état bucco-dentaire. Le but de l'assurance-accidents était de restituer au mieux l'état antérieur et n'avait pas pour vocation d'être simple, économique et adéquat comme une assurance sociale. L'analyse du Dr G_____ préconisant un remplacement dentaire par un appareil amovible de type stellite mélangeait le but de la prise en charge. Le remplacement dentaire du secteur antérieur restait le traitement de choix dans le cas du recourant.!

29. Par décision du 29 janvier 2016, Sympany a rejeté l'opposition. Elle a considéré que le traitement dentaire n'était pas à sa charge en tant qu'assureur-accidents car la SUVA avait reconnu son obligation de prester pour les séquelles tardives de l'accident du « 2 août 1984 » (recte : 3 septembre 1999). Il n'était pas davantage à sa charge en tant qu'assurance-maladie puisqu'un autre assureur en répondait, ce qui libérait l'assurance-maladie de toute obligation de couverture.!

30. Par acte du 26 février 2016, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu à ce que la chambre de céans détermine si l'intimée devait prendre en charge la suite des sinistres de 1984 et de 1987, examine dans quelle mesure l'intimée devait également couvrir les suites du sinistre de 1999 et dans l'affirmative définit la prise en charge de la SUVA, revoit la pertinence de la pose d'implants et lui alloue un montant pour tort moral ainsi que des intérêts moratoires depuis la déclaration du sinistre, le 16 octobre 2013. Il a allégué que dans sa décision du 8 décembre 2015, l'intimée était d'accord de prendre en charge les réparations à hauteur de CHF 3'500.- et qu'elle avait changé d'avis dans sa décision sur opposition à la suite du rapport des Drs F_____ et E_____ du 22 décembre 2015. Le recourant a reproché à l'intimée de pas avoir statué de façon indépendante mais d'avoir repris les conclusions du médecin-dentiste conseil de la SUVA sans tenir compte de l'évolution consécutive aux nombreux soins dentaires qu'il avait assumés à ses frais. Le rapport du 22 décembre 2015 mettait en cause l'intimée en retenant que les complications survenues au niveau du pont antéro-supérieur n'étaient pas liées à un nouvel accident, mais à une complication tardive du traitement réalisé suite à l'accident de 1984.!

31. Dans sa réponse du 30 mars 2016, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a relevé que la SUVA avait admis que les complications apparues en 2012 étaient des séquelles tardives de l'accident du 3 septembre 1999. Ce dernier avait rompu tout lien de causalité entre lesdites complications et l'accident du 2 août 1984 au vu de la stabilisation de l'état dentaire du recourant jusqu'à l'accident du 3 septembre 1999, soit durant douze ans en tenant compte de la rechute de 1987. Par conséquent, elle avait admis à juste titre que la prise en charge des frais dentaires par la SUVA englobait l'accident du 3 septembre 1999 et l'accident du 2 août 1984. En tout état de cause, lesdites complications n'étaient pas des séquelles tardives de l'accident du 2 août 1984.!

32. Le 2 mai 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause à juger.!

EN DROIT 1.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi

établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal et de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGa s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGa et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGa et 89B LPA.

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a et ATF 117 V 294 consid. 2a; voir aussi ATF 122 V 34 consid. 2a). En l'espèce, dans ses décisions qui déterminent l'objet de la contestation, l'intimée a examiné son obligation de prêter aussi bien en tant qu'assureur-accidents qu'en tant qu'assureur-maladie. Dans son recours, le recourant ne conteste pas que le traitement en question ne concerne pas une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ni qu'il n'a pas subi un nouvel accident en 2012-2013 ayant provoqué les lésions dentaires faisant l'objet dudit traitement. Par conséquent, l'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à refuser la prise en charge du traitement dentaire décrit dans le devis du 11 février 2013 en tant que séquelle tardive des accidents des 2 août 1984, 14 août 1987 et 3 septembre 1999. Aussi, les conclusions du recourant quant à la prise en charge par l'intimée des séquelles tardives des accidents de 1984 et 1987 - autres que celles concernant le traitement litigieux - ainsi que l'étendue de la prise en charge de la SUVA pour les séquelles tardives de l'accident de 1999 n'ont aucun rapport avec l'objet du litige ainsi circonscrit et sont donc irrecevables.

5. En matière d'assurance-accidents, aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement,

mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le dentiste (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ainsi qu'aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). 6. En matière d'assurance-maladie, aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires 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 s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).!endif]>!if> 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 19 a 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). D'après les renseignements donnés par le Dr E_____, la nature des troubles dentaires dont souffre le recourant ne relève manifestement pas de l'une des maladies énumérées aux art. 17 à 19 a OPAS. A juste titre, le recourant ne le conteste pas, de sorte qu'il n'a pas droit à des prestations à la charge de l'assurance-maladie fondées sur l'art. 31 al. 1 LAMal. 7. a) Selon l'art. 1 a al. 2 de la LAMal, l'assurance-maladie sociale couvre non seulement la maladie (let. a), mais aussi l'accident (let. b) et la maternité (let. c).!endif]>!if> En cas d'accident au sens de l'art. 1 a , al. 2, let. b, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal). Aux termes de l'art. 31 al. 2 LAMal, 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. 1 a al. 2 let. b LAMal. Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses-maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats (art. 102 al. 4 LAMal). A teneur de l'art. 110 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), dans la mesure où, dans un cas d'assurance, des prestations de l'assurance-maladie sont en concours avec des prestations de même nature de l'assurance-accidents au sens de la LAA, de l'assurance militaire, de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité ou de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain, les prestations de ces autres assurances sociales doivent être allouées en priorité. b) Les accidents ne sont toutefois couverts par l'assurance-maladie sociale 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 une fonction subsidiaire c'est-à-dire qu'elle peut être amenée à prendre en charge des frais non couverts 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). c) 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 1^{er} 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. 1 a al. 2 let. b LAMal 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 (ATF 126 V 319 consid. 4a). 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. 1 a al. 2 let. b LAMal, 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 n o KV 33 p. 284 consid. 2). 8. a) En l'espèce, avant l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, le recourant était couvert contre la maladie et les accidents par la Winterthur, une assurance privée régie par la LCA. C'est cette dernière qui a pris en charge le traitement dentaire à la suite de l'accident d'avion du 2 août 1984, notamment la pose d'un pont reliant les dents 13 à 23 et d'une couronne dentaire CMM sur les dents 15, 45 et 46. Elle a également couvert les suites de l'accident du 14 août 1987. En revanche, l'accident du 3 septembre 1999, lors duquel le recourant a subi une contusion des dents 13 à 23, une fracture des couronnes 26 et 36 ainsi qu'une ébréchure de la céramique vestibulaire sur 21 du pont 13 à 23 et une augmentation de la mobilité du pont (cf. avis du Dr D _____), a été pris en charge par la SUVA, soit l'assureur-accidents du recourant au moment de l'accident. S'agissant du traitement litigieux de 2012-2013, il consiste en une ablation de la dent 23 - atteinte d'un grand granulome et d'une fissure radiculaire due au tenon avec perte complète osseuse péri-radiculaire -, la pose d'implants aux dents 11 et 23 ainsi que d'un pont provisoire, puis d'un pont définitif reliant les dents 11 à 23. Selon le rapport des Drs E _____ et F _____ du 22 décembre 2015, les fissures radiculaires sur présence de tenon sont des complications tardives fréquentes et classiques. En l'occurrence, la dent 23 a nécessité un tenon lors de la pose du pont reliant les dents 13 à 23 à la suite de l'accident du 2 août 1984 qui n'a pas été couvert par une assurance sociale mais par une assurance-accidents privée. En revanche, la SUVA - qui est un assureur social - a accepté par décisions des 13 avril 2015 et 10 novembre 2015 de prendre en charge partiellement le traitement dentaire en tant que séquelle tardive de l'accident du 3 septembre 1999. Par conséquent, dans la mesure où une autre assurance sociale tenue prioritairement selon l'art. 110 OAMal a accepté de couvrir partiellement le traitement

dentaire, ce dernier doit être pris en charge en priorité par l'assureur-accidents de 1999. Même si cet assureur ne couvre pas l'intégralité du traitement mentionné dans le devis du 11 février 2013, l'intimée n'a pas à intervenir à titre subsidiaire en allouant les frais non pris en charge par l'assureur-accidents. En effet, dans la mesure où les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b), la limitation de la couverture de l'assureur-accidents repose sur les mêmes motifs que dans l'assurance-maladie, ce qui exclut toute intervention complémentaire de cette dernière. b) S'agissant du grief concernant l'absence d'instruction médicale indépendante de la part de l'intimée, il ne peut être que rejeté dès lors que n'ayant pas à couvrir les frais de traitement litigieux, l'intimé n'avait pas à instruire la demande médicalement au sens de l'art. 43 LPGA. c) Enfin, contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'intimée n'a pas accepté de prendre en charge les frais de traitement à hauteur de CHF 3'500.- dans sa décision du 8 décembre 2015. Au contraire, celle-ci conclut expressément au refus de prise en charge des coûts pour le traitement dentaire contesté. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. L'intimée qui obtient gain de cause et est représentée par un mandataire conclut à l'octroi de dépens. Toutefois, tant l'art. 61 let. g LPGA que l'art. 89H al. 3 LPA-GE ne prévoient l'allocation de dépens qu'au recourant qui obtient gain de cause. Par conséquent, l'intimée sera déboutée de sa conclusion. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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