

Faits: L. S., née en 1983, est affiliée à la Mutuelle Valaisanne (ci-après: la caisse) au titre de l'assurance dite "de base" des soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers selon la LAMA, à laquelle a succédé, au 1er janvier 1996, l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal. Sa couverture comprend aussi l'assurance obligatoire des soins, l'assurance combinée d'hospitalisation (cat. HC) et les soins complémentaires (cat. SC niveau 3).

Le 25 août 1994, le Dr Ph. B., médecin-dentiste à Vevey, a informé la caisse que L. S. s'était présentée à sa consultation le 13 juin 1994 et qu'il avait dû procéder à l'extraction de deux dents de lait présentant un kyste surinfecté; ce kyste s'était développé à la suite d'un choc antérieur responsable de la nécrose du tissu pulpaire de ces deux dents. Étant donné que l'enfant était tombée plusieurs fois et que, depuis le dernier choc (Pâques 1994), elle se plaignait de gêne à cet endroit, il était difficile de déterminer une date précise de l'accident.

La caisse a pris le traitement en charge.

Le 20 novembre 1995, Ch. S., mère de l'assurée, a adressé à la caisse un devis établi le 7 novembre précédent par le Dr D. G., médecin-dentiste, à V., concernant un traitement orthodontique qui devait être dispensé à sa fille. Le 8 février 1996, la caisse l'a informée qu'elle ne prendrait pas en charge ce traitement, au motif qu'il n'était pas en rapport avec un accident.

Le 7 mai 1996, le Dr G. a écrit à la caisse ce qui suit:

"(...) La radiographie panoramique que j'ai sous les yeux montre une perturbation autant dans la forme que dans l'éruption de la 12, ainsi qu'une probable inclusion de la 13. Cette perturbation dans l'éruption des dents et dans la genèse du germe 12 peut être mis en rapport avec un accident qu'a eu Laura à l'âge de six ans et demi dans lequel les 51, 52 et 61 ont été touchées.

Vous ne pouvez donc pas écarter un rapport entre l'accident dont a été victime Laura et cette situation radiologique typique et connue. (...)."

La caisse a pris l'avis de son médecin-dentiste-conseil le Dr R. Ch., à S. Dans un rapport du 7 août 1996, celui-ci expose que les radiographies montrent un déplacement de la dent 12 et une déformation de sa racine; des accidents affectant les dents de lait tels que la luxation d'une dent de lait peuvent conduire à un tassement (Stauchung) de la dent définitive qui se trouve au-dessous; il considère que le traitement orthodontique pouvait être considéré comme traitement des séquelles d'un accident affectant les dents de lait. La caisse a rendu, le 12 septembre 1996, une décision statuant qu'elle participerait à raison de 50 % aux frais du traitement orthodontique prévu. La mère de l'assurée ayant fait opposition, la caisse a confirmé sa position dans une décision sur opposition du 12 mai 1997.

L. S., représentée par sa mère, Ch. S.-Sa., a saisi le Tribunal des assurances par acte mis à la poste le 18 juillet 1997. Elle a conclu, principalement, à ce que la caisse soit tenue de prendre en charge le traitement à raison de 6'000 francs, subsidiairement, à ce qu'elle le soit selon une proportion fixée à dire de justice. Elle fait valoir que les soins en cause sont en rapport de causalité adéquate avec un accident.

Dans sa réponse du 9 septembre 1997, la caisse défenderesse a conclu au rejet des conclusions de l'assurée, confirmant les motifs de la décision entreprise. Elle se réfère à l'avis d'un autre de ses dentistes-conseils, le Dr E. Cet avis est résumé comme il suit dans un document intitulé "Séance du dentiste-conseil du 6.11.97" et signé par le Dr E. "De l'avis du dentiste-conseil M. E., il n'y a pas de vraisemblance prépondérante que ce sinistre résulte d'un accident. Le Dr E. se rallie à la position du Docteur Ch. de S."

Les parties ont maintenu leurs positions respectives au cours de l'échange d'écritures ultérieur.

Motifs: Le litige porte sur des prestations d'assurance pour un traitement qui n'avait pas encore été effectué lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, au 1er janvier 1996. La cause doit donc être jugée selon le nouveau droit (cf. art. 103 al. 1er LAMal; RAMA 1996, n° K 978 p. 112).

Le présent jugement porte sur les assurances complémentaires.

Il convient, préalablement à l'examen du litige quant au fond, de déterminer si la caisse était fondée à procéder par voie de décision en matière d'assurances complémentaires.

Ces assurances sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]). S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; ATF 124 III 44, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, *Revue suisse d'assurances* [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, *Sécurité sociale* 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans: *Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungs-recht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3, pp. 211 ss).

In casu, la caisse n'a pas expressément déclaré statuer sur les droits déduits des assurances complémentaires. Quoi qu'il en soit, l'acte introductif d'instance doit, par économie de procédure, être tenu pour une action dans la mesure où il concerne implicitement aussi les dites assurances. Du reste, dans sa réponse, la caisse a expressément fait état de celles-ci et a conclu au rejet de toutes les conclusions de l'assurée.

Le présent jugement doit être rendu distinctement de celui concernant l'assurance obligatoire des soins, soit la cause AM 79/97 (Ritter, op. cit., spéc. p. 214). Il y a donc lieu de disjoindre formellement l'examen des droits déduits des couvertures complémentaires en agendant une nouvelle cause, sous référence AMC 22/98.

L'assurance complémentaire qui pourrait entrer en ligne de compte pour les prestations revendiquées est celle des soins complémentaires (cat. SC). Selon l'article 3 chiffre 2 des conditions particulières de ladite assurance, les prestations de celle-ci sont servies en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins. En matière de traitements dentaires par suite d'accident, l'assurance SC prend en charge 80 % des frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, à concurrence d'un maximum fixé à 6'000 fr. pour la classe d'assurance SC3 souscrite par la recourante.

D'après les dispositions internes précitées, les prestations des assurances complémentaires constituent l'accessoire des prestations légales; l'examen du droit à celles-là présuppose le droit à celle-ci.

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les anomalies qui nécessitent un traitement orthodontique sont d'origine accidentelle ou non.

Selon la définition donnée par l'article 2 alinéa 2 LAMal, par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, la définition de l'accident est légale, l'article 2 alinéa 2 LAMal en donnant les

éléments (cf. ATF 121 V 35, c. la, RAMA 1995, n° U 217 p. 95; ATF 122 V 230, c. 1, RAMA 1996, n° U 257 p. 242). Cette définition est applicable aux assurances complémentaires ici en cause, pour les motifs indiqués ci-dessus (c. 3 infine).

S'agissant des faits de la cause, l'origine des lésions doit être déterminée à l'aune du critère de la vraisemblance prépondérante, régissant généralement l'appréciation des faits en assurances sociales (ATF 115 V 111, c. 3d/bb; 119 V 7, c. 3c/aa; 121 V 204, c. 6b) et que l'on doit appliquer par analogie aux assurances complémentaires, en tout cas à celles qui constituent l'accessoire des prestations légales.

S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ibid.; v. aussi ATF 107 V 161, c. 3a). En d'autres termes, dans les litiges en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en général le fardeau de la preuve que dans la mesure où, à défaut de preuve, le jugement est rendu au détriment de la partie qui tente de déduire un droit de faits non prouvés (ATF 107 V 161 précité, ibid.; 113 V 241, c. 4d in fine p. 247; RCC 1988 p. 317; RCC 1989 p. 431).

En l'état, on ignore quel accident précis serait à l'origine des anomalies affectant la dentition de la recourante. Du reste, aucune mesure d'instruction complémentaire ne saurait établir des faits dont les plus anciens remontent à près d'une décennie. En 1994 déjà, le Docteur B. ne pouvait pas citer une date déterminée pour l'accident qui aurait été à l'origine des lésions qu'il avait traitées. De surcroît, le dossier ne comporte aucune radiographie prise à l'époque des accidents allégués ou à celle du traitement du kyste en 1994.

Cela étant, c'est au vu des maigres éléments médicaux figurant au dossier qu'il appartient au tribunal de céans de se prononcer sur le degré de vraisemblance d'une origine accidentelle des lésions.

A cet égard, le premier dentiste-conseil consulté par la caisse, à savoir le Dr Ch., penche pour une origine accidentelle et le second, à savoir le Docteur E., après avoir dit qu'il n'y avait pas de vraisemblance prépondérante que le sinistre résultait d'un accident, a déclaré se rallier à l'avis du Dr Ch. L'avis du Docteur E. est donc contradictoire et dépourvu de toute motivation. Il ne suffit donc pas, tant s'en faut, à justifier la position de la caisse. Cette position est d'ailleurs, en elle-même, peu compréhensible: si les lésions sont d'origine accidentelle, le traitement qu'elles nécessitent est à la charge de l'assurance-maladie; si elles ont une autre origine, l'assurance-maladie n'a pas à intervenir. Il peut certes y avoir concours de causes (p. ex. une anomalie congénitale aggravée par un traumatisme), mais les rapports figurant au dossier n'étaient pas une telle hypothèse. Aussi bien une prise en charge partielle (50 %) ne repose-t-elle sur aucun fondement juridique.

L'avis du Dr Ch. n'est infirmé par aucune pièce du dossier. Il apparaît cohérent et assez solidement étayé. Le tribunal peut donc le faire sien nonobstant la certitude quant à l'existence et à la date des accidents incriminés. Ainsi, il doit être statué en défaveur de la caisse, qui entend déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve.

Il est incontesté que l'enfant L. S. était affiliée à la caisse lors des accidents ici en cause. Les conditions de principe de la responsabilité de l'assureur sont donc réunies, ainsi que la défenderesse le reconnaît du reste.

Au vu de ce qui précède, la demande doit être admise. La défenderesse est tenue de prendre à sa charge, conformément à la couverture souscrite, l'entier des coûts du traitement orthodontique faisant l'objet du devis établi par le Dr G. le 7 novembre 1995.

Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
p r o n o n c e :

La demande est admise dans le sens des considérants.

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception, avec avis qu'il leur est loisible, si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF). (art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Les autres voies de droit demeurent réservées.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).