

Faits: Monsieur J.-P. T., né en 1942, domicilié à Genève, est assuré, en matière de maladie, auprès de Helvetia, devenue depuis lors Helsana Assurances S.A. (ci-après : la caisse), où il bénéficie des couvertures suivantes:

- BASIS ECO, (cat. A) : frais médicaux et pharmaceutiques de base (franchise annuelle CHF 150.- et participation aux frais 10 %).
- BASIS TOP, (cat. AA) : assurance complémentaire avec accident.
- HOSPITAL COMFORT, (cat. HU4) : assurance complémentaire d'hospitalisation.
- CURA ECO (cat. AS1) : assurance soins de longue durée.
- HELDENTA VARIO (cat. AZ) : assurance soins dentaires (85 % des frais dentaires, dont CHF 2'000.- maximum par année civile, selon tarif dentaire).
- Assurance indemnité journalière (cat. TA).
- Assurance accidents en cas de décès et d'invalidité (cat. UTIZ).

M. T. souffre d'une affection cardio-vasculaire. En 1987, il a été victime d'un infarctus du myocarde. Depuis lors, il est suivi par le Dr P. H. - médecin traitant - et le Dr N. - cardiologue. Ces praticiens ont soumis M. T. à un traitement médicamenteux, parmi lequel figure le Dilzem.

Au nombre des effets secondaires du Dilzem, il peut apparaître, dans des occasions très rares, une hyperplasie gingivale en cas d'emploi de longue durée (Compendium suisse des médicaments). Est également signalée une altération des gencives (information destinée aux patients).

Courant 1995, M. T. a connu des problèmes de gencives. Il a consulté le Dr A. C., médecin-dentiste, lequel lui a indiqué qu'en raison de l'état de ses gencives, il fallait procéder au remplacement d'un pont. Les soins envisagés étaient de l'ordre de CHF 3'000 à CHF 4'000.-.

M. Tachon s'est renseigné auprès de la caisse. Au cours d'un entretien téléphonique, il lui a été confirmé qu'étant au bénéfice d'une couverture pour soins dentaires, le traitement serait pris en charge par la caisse.

M. Tachon n'a pas demandé de confirmation écrite de ce renseignement.

Le traitement dentaire a eu lieu entre le 11 août et le 22 septembre 1995. La note d'honoraires y relative s'est élevée à CHF 3'550.-.

Le 5 janvier 1996, la caisse a établi un décompte de prestations.

- Couverture par HELDENTA VARIO	CHF	2'000.--
- Couverture par BASIS TOP	CHF	248.--
- Participation M. T.	CHF	1'302.--

Par courrier du 4 mars 1996, M. T. a contesté le décompte précité.

Les frais dentaires devaient être pris en charge en application de l'article 13 BASIS TOP, aux termes duquel les frais de traitement ambulatoire en relation avec une maladie grave étaient couverts à 90 % par la caisse. En l'occurrence, ces frais étaient la conséquence d'une maladie grave, à savoir l'affection cardio-vasculaire dont il souffrait et les médicaments auxquels il était astreint de ce chef.

Après plusieurs relances, la caisse a précisé à M. T. qu'un traitement dentaire, suite à une affection cardiaque, rentrait dans le cadre des maladies graves seulement si une intervention chirurgicale du coeur était effectuée. Tel n'était pas le cas en l'espèce, raison pour laquelle les prestations étaient limitées et accordées seulement au titre des assurances complémentaires HELDENTA VARIO et BASIS TOP.

M. T. s'est opposé à cette manière de voir et il a demandé une décision formelle. Ses multiples relances demeurant vaines, M. T. a saisi le Tribunal administratif - fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances - par acte du 18 mars 1997. Il s'est réclamé de l'article 86 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Il a conclu au versement de CHF 947.- plus intérêts à 5 %, dès le 30 septembre 1995, représentant la différence entre le décompte de la caisse du 5 janvier 1996 et le montant total de la note d'honoraires du Dr C. – au demeurant non contestée par la caisse - de CHF 3'550.-.

La caisse s'est opposée au recours pour les motifs précédemment exposés.

M. Tachon ne souffrait pas "d'une maladie grave" au sens du règlement. L'assureur s'était expressément réservé le droit de définir la notion de "maladie grave". Cette définition était donnée dans le manuel des prestations, domaine 17, chapitre 17.1, dont le chiffre 2.2 était consacré à l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques BASIS TOP. Le chiffre 2.2.2 contenait une liste des prestations dentaires en relation avec un état malade grave, à savoir les maladies du système sanguin, les maladies du métabolisme, les maladies héréditaires, les tumeurs malignes du visage, de la mâchoire et du cou et la parodontopathie juvénile progressive. Cette disposition précisait que cette liste était exhaustive.

S'agissant des assurances complémentaires, un large pouvoir d'appréciation était garanti aux assureurs par l'article 1 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA). La disposition réglementaire en cause ne contrevenait nullement aux principes généraux du droit général, ni des assurances sociales en particulier.

Dans son recours et pour la première fois, M. T. faisait référence à une promesse qui lui aurait été donnée par la caisse. Aucun élément de preuve ne venait étayer cette allégation. Par ailleurs, rien n'indiquait que M. T. aurait renoncé à engager le traitement dentaire en cause si la caisse lui avait promis seulement la prestation qui, en définitive, lui avait été servie.

En tout état, les prestations dentaires étaient remboursées sur la base des tarifs dentaires officiels. La caisse se réservait le droit de procéder à une nouvelle taxation de la note d'honoraires litigieuse selon l'issue de la procédure.

Le tribunal de céans a entendu le Dr C. le 18 septembre 1997. Le traitement dentaire avait consisté à remplacer un pont de 4 éléments fixé sur deux dents. M. T. connaissait de graves problèmes parodontaires qui s'étaient aggravés en raison de la prise de médicaments. Le Dilzem entraînait des problèmes sur les gencives, mais cela n'était pas forcément le cas. En revanche, sur un sujet connaissant ce genre de problèmes, la prise de ce médicament aggravait la situation. C'est ce qui s'était passé pour M. T. Les gencives de M. T. étaient altérées et avaient besoin de soins constants. En revanche, M. T. ne souffrait pas d'hypertrophie.

Le Dr C. a confirmé n'avoir pas été interpellé par le médecin-conseil de la caisse.

Le tribunal de céans a également entendu le Dr H.

L'infarctus survenu en 1987 avait touché le territoire inférieur et circonflexe du muscle cardiaque. Il devait être qualifié d'important. Dans ce sens-là, la maladie de M. T. devait être qualifiée de grave, dans la mesure où elle pouvait entraîner un danger grave, voire une issue fatale, pour M. T. Le Dilzem était un médicament-pilier du traitement cardio-vasculaire de M. Tachon et il paraissait difficile d'y renoncer. Avant la prise du Dilzem, M. T. ne s'était jamais plaint de problèmes dentaires. C'était bien ce dernier médicament qui avait provoqué les problèmes dentaires de M. T.

Entendu le même jour, M. T. a confirmé l'existence du contact téléphonique qu'il avait eu avec la caisse en vue de la prise en charge du traitement dentaire. A cette occasion, la personne qui lui avait répondu l'avait assuré qu'il n'y avait pas de problème et que le traitement serait pris en charge dès lors qu'il bénéficiait d'une couverture dentaire.

M. T. a déploré que la caisse ait mis plus d'une année pour répondre à ses demandes et relevé par ailleurs qu'il n'avait jamais été convoqué chez un médecin-dentiste et/ou un médecin-conseil de la caisse.

Motifs: En vertu de l'article 8 A lettre a de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970 (LTA - E 5 05), le Tribunal administratif fonctionne en qualité de tribunal cantonal des assurances et connaît comme juridiction cantonale unique des contestations prévues aux articles 30 et 30 bis de la loi sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA). A la suite de l'entrée en vigueur, le premier janvier 1996, de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), le règlement transitoire d'application de la LAMal du 22 novembre 1995 (J 3 05.02), également applicable dès le premier janvier 1996, dispose, en son article 34, que le tribunal cantonal des assurances, au sens de l'article 86 LAMal, est le Tribunal administratif. L'alinéa 2 de ces dispositions prévoit que la compétence du Tribunal administratif s'étend aussi aux contestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal). Selon la doctrine, les lois de procédure ont un effet immédiat (Walther J. Habscheid, Droit judiciaire privé suisse, 2ème éd., Genève 1981, p. 13 in fine): elles s'appliquent donc aux demandes introduites après leur entrée en vigueur, indépendamment de celle des règles matérielles. Par contre, les procédures déjà commencées doivent en règle générale être conduites à leur terme selon les règles formelles en vigueur au moment de leur introduction; ce second principe souffre toutefois de nombreuses exceptions, la loi nouvelle étant supposée meilleure (ATF 115 II 30 consid. 5a p. 40; ATA M. du 11 novembre 1997; Walther J. Habscheid, eodem loco, p. 14 in initio).

En l'espèce, le litige a trait aux assurances complémentaires. Le tribunal de céans est donc compétent, en application des règles susmentionnées.

Selon l'article 86 alinéa 2 LAMal, le recours au tribunal cantonal des assurances peut être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision, ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré.

Il résulte des pièces produites par le recourant que celui-ci a demandé à la caisse, dès le 1er juillet 1996, de lui adresser une décision dûment motivée lui indiquant les voies de recours. La caisse ne s'est pas exécutée.

En tout état, il sied de relever que, s'agissant d'assurances complémentaires, une décision formelle n'est pas nécessaire et que l'assuré peut saisir le tribunal cantonal des assurances en tout temps.

Dès lors, interjetée dans les formes légales et devant le tribunal compétent, la présente demande est recevable.

Les faits litigieux sont antérieurs à l'entrée en vigueur de la LAMal, intervenue le 1er janvier 1996. Il y a lieu d'appliquer aux droits et obligations de chacune des parties, les règles contenues dans la LAMA.

Couverture BASIS TOP

Selon l'article 13 du règlement, édition 1995, pour les frais de traitements dentaires ambulatoires en relation avec une maladie grave, l'Helvetia prend en charge 90 % des frais facturés selon les tarifs et la valeur de points tarifaires de l'assurance obligatoire en cas d'accidents (LAA). Selon l'alinéa 3, la direction générale publie une liste des traitements dentaires reconnus selon chiffres 1 et 2. Cette liste peut être consultée auprès de l'Helvetia. L'alinéa 4 précise que pour les frais de mesures dentaires diagnostiques et thérapeutiques en relation avec les maladies mentionnées ci-après, l'Helvetia prend en charge pour le traitement stationnaire ou ambulatoire 50 % des frais facturés, au maximum CHF 1'000.- par année civile, selon les tarifs et la valeur de points tarifaires de l'assurance obligatoire en cas d'accidents (LAA) :

- Mesures préprothétiques
- Traitement des affections de l'articulation maxillaire
- Traitement parodontologique.

Le manuel des prestations contient au domaine 17, chapitre 17.1, chiffre 2.2.2 la liste des maladies graves en relation avec lesquelles sont allouées les prestations dentaires. Comme indiqué précédemment, cette liste est exhaustive.

Une disposition légale doit être interprétée en premier lieu selon sa lettre (ATF 114 la p. 28). Le Tribunal fédéral ne s'écarte du texte clair de la loi que s'il existe des motifs de penser que le texte ne représente pas le sens véritable de la règle (ces motifs peuvent résulter du contexte dans lequel la disposition en cause se trouve, de travaux préparatoires ou du but de la loi); il s'écarte aussi de l'interprétation littérale si elle aboutit à un résultat que le législateur ne peut pas avoir voulu ou à un résultat arbitraire ou encore à une violation du droit fédéral ou de la Cst. (B. KNAPP, Précis de droit administratif, 1991, no 419 et jurisprudence citée; ATA L. du 3 octobre 1995, confirmé par ATFA du 19 avril 1996 et la jurisprudence citée).

En l'espèce, l'article 13 alinéa 1 du règlement BASIS TOP précise que, pour être pris en charge, les frais de traitement dentaire ambulatoire doivent être en relation avec une maladie grave. Le manuel des prestations y relatif dresse une liste exhaustive des maladies graves concernées. Les affections cardio-vasculaires ne figurent pas dans cette liste. S'agissant d'un domaine régi par la liberté contractuelle de la caisse, le Tribunal administratif ne dispose d'aucune latitude pour s'écarter du texte clair des dispositions réglementaires applicables. Sont toutefois réservés les principes généraux du droit et les principes des assurances sociales. Il se justifie donc d'examiner ces dispositions par rapport à la LAMA. Cette dernière exclut des prestations obligatoires à charge des caisses-maladie les traitements dentaires. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'il s'agit d'un traitement dentaire pur. Dès lors, les dispositions réglementaires de la caisse ne contreviennent pas aux principes de base de la LAMA.

C'est donc à juste titre que la caisse, s'en tenant à cette disposition réglementaire, a alloué ses prestations sur la base de l'article 13 alinéa 4 BASIS TOP, soit en limitant son intervention au traitement parodontologique.

Couverture HELDENTA

L'article 12 du règlement, édition 1994, fixe le droit aux prestations de l'HELENTA VARIO. Selon l'alinéa 1, au maximum CHF 2'000.- par année civile seront pris en charge, pour des traitements dentaires. Le tarif dentaire avec la valeur du point correspondant (SSO/AA) est déterminant pour le calcul du droit aux prestations.

Se basant sur cette disposition, la caisse a alloué au recourant un montant de CHF 2'000.-, sans même se référer au tarif dentaire. Elle a ainsi rempli ses obligations contractuelles.

Au vu de ce qui précède, la demande ne peut être que rejetée.

En application de l'article 35 du règlement transitoire d'application de la LAMal du 22 novembre 1995 (J 3 05.02) et de l'article 89 G alinéa 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), la procédure est gratuite pour les parties. Aucun émolument ne sera donc perçu, ni aucune indemnité versée, la caisse n'en demandant au demeurant pas.

Les frais de procédure en CHF 150.- seront laissés à la charge de l'Etat.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable la demande interjetée le 18 mars 1997 par Monsieur J.-P. T.;

au fond :

la rejette ;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument, ni alloué d'indemnité;

laisse les frais de procédure en CHF 150.- à la charge de l'Etat; dit que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (RS 221.229.1) et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (RS 173.110), le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14; le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve doivent être joints à l'envoi;

communique le présent arrêt à Me G. Z., avocat du recourant, ainsi qu'à Helsana Assurances S.A. et à l' Office fédéral des assurances sociales.