

**Faits:** Madame M.-P. Ch. est née le 20 février 1954 et est domiciliée à O. Elle était assurée en 1997 auprès de la caisse-maladie UNIVERSA (ci-après: l'Universa ou l'assureur maladie), membre du groupe Mutuel, pour les branches suivantes: assurance obligatoire des soins, assurance combinée d'hospitalisation dans la division mi-privée des hôpitaux suisses et soins complémentaires. Selon l'article 22 des conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires - édition au 1er janvier 1997 - les soins dentaires en cas de maladie pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral et qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins sont couverts par la caisse à raison de 80 % des frais encourus, mais au maximum de CHF 200.- par période de 3 ans.

Le 14 mars 1997, le Dr M.-A. R., spécialiste FMH en médecine interne et maladie des poumons, a établi un certificat médical selon lequel "les travaux dentaires fin 1996 et début 1997 étaient en rapport avec une fièvre d'origine indéterminée grave qui durait depuis plusieurs mois, et dont la source était vraisemblablement des foyers d'ostéomyélite".

Le 21 mars 1997, le Dr A.-C. F., spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a certifié que le traitement dentaire entrepris "avec diverses extractions et confection de deux prothèses amovibles avait été indiqué de manière indispensable pour des raisons médicales".

Le 27 mars 1997, Monsieur E. C., médecin-dentiste, a établi une note d'honoraires d'un montant total de CHF 812,20 pour des soins donnés du 24 février au 21 mars 1997. Il avait notamment pratiqué diverses extractions de dents.

Le 23 avril 1997, M. C. a établi un devis du traitement qu'il envisageait, à l'intention du médecin-dentiste conseil de l'assureur. Le montant total du devis était de CHF 4'698,70 dont CHF 2'600.- de frais de laboratoire.

Le 21 mai 1997, l'Universa s'est adressé à M. C. pour lui demander de bien vouloir lui transmettre les radiographies de l'intéressée afin de lui permettre de se déterminer sur la prise en charge de la note d'honoraires d'un montant de CHF 812,20.

En réponse à un questionnaire de l'assureur du 23 mai 1997, le Dr F. a décrit l'affection traitée comme une bactériémie à répétition sur infection dentaire ayant entraîné la prescription d'un assainissement dentaire devant être pris en charge en application des articles 17 à 19 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire en cas de maladie du 29 septembre 1995 ( OPAS - RS 832.112.31).

Selon un formulaire daté du 3 juillet 1997, le dentiste conseil de l'Universa a recommandé la prise en charge du seul assainissement dentaire "pour soigner les foyers d'ostéomyélite" et de refuser "la reconstruction, car elle n'était pas nécessaire pour traiter sa maladie".

Le 8 juillet 1997, l'Universa a refusé le remboursement des frais dentaires de Mme Ch. sauf ceux d'assainissement d'un montant de CHF 812,20, au motif que l'assurance obligatoire des soins prenait en charge uniquement les coûts des prestations qui servaient à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

Le 8 août 1997, le Dr R. a demandé la prise en charge des frais de reconstruction dentaire de sa patiente, au motif que les troubles masticatoires massifs et les troubles digestifs secondaires que présentait Mme Ch. devaient être considérés comme des séquelles de la maladie ayant entraîné l'arrachement d'un très grand nombre de dents.

Le 18 août 1997, le dentiste conseil de l'Universa a recommandé le maintien de la décision du 8 juillet 1997, soit la prise en charge du seul assainissement et non de la reconstruction dentaire.

Le 5 septembre 1997, l'Universa a constaté avoir déjà pris en charge la facture d'un montant de CHF 812,20 alors que les frais de reconstruction ne relevaient pas des prestations obligatoires.

Sur opposition de son assurée du 15 septembre 1997, l'Universa a maintenu sa position dans une décision sur opposition du 3 octobre 1997.

Le 22 décembre 1997, l'Universa a répondu à la demande et conclut à son rejet.

**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 (RS 832.10). 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; ATA M. du 11 novembre 1997).

En l'espèce, le litige issu de la décision prise le 3 octobre 1997 par l'assureur défendeur a trait aux assurances complémentaires. Le tribunal de céans est donc compétent en application des règles susmentionnées.

La loi fédérale sur la surveillance des assurances (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règle particulière concernant les délais que doivent observer les assurés qui entendent contester une décision prise en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire, de sorte que la demande est également recevable de ce point de vue (art. 47 al. 2 LSA).

La seule question litigieuse en l'espèce a trait à l'application de l'article 5 alinéa 2 chiffre 22 des conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires, valable au 1er janvier 1997, qui prévoit le remboursement de 80 % des frais dentaires en cas de maladie, mais au maximum une participation de CHF 200.-- par période de trois ans.

L'assureur ne s'est pas étendu dans son écriture de réponse sur cette question, bien qu'il ait fourni dans ses pièces tant le certificat d'assurance prouvant l'adhésion de sa cliente à cette tranche d'assurance complémentaire que le règlement y relatif. Il ne soutient pas davantage que la demanderesse aurait épuisé son droit à de telles prestations. Il n'est pas contesté que les travaux dentaires devisés par le médecin-dentiste de la demanderesse sont occasionnés par une maladie ayant entraîné notamment l'arrachage des dents, soins pris en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire. Le caractère exhaustif du catalogue de soins dentaires prévus dans le cadre de cette assurance ne s'étend pas aux assurances complémentaires pratiquées par la défenderesse. Dès lors que la demanderesse se voit contrainte de subir un traitement dentaire en raison d'une maladie, les autres travaux dentaires sont à la charge de l'assureur au titre de la branche d'assurance complémentaire applicable.

La demanderesse a dès lors droit à la participation de l'assureur aux travaux de reconstruction dentaire pour autant que ceux-ci ne soient pas entièrement pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins en application de l'arrêt rendu ce jour par le tribunal de céans dans la cause No A/1030/1997 opposant les mêmes parties.

La demande doit être ainsi admise.

En application de l'article 35 du règlement transitoire d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 22 novembre 1995 (J 3 05.02) et de l'article 89G alinéa 1 LPA, la

procédure est gratuite pour les parties. Aucun émolument ne sera donc perçu, ni aucune indemnité versée, l'assurée n'en demandant au demeurant pas.

PAR CES MOTIFS  
le Tribunal administratif  
à la forme:

déclare recevable la demande déposée le 27 octobre 1997 par Madame M.-P. Ch. contre la caisse-maladie Universa;

au fond:  
l'admet;

dit que la défenderesse doit à la demanderesse les prestations prévues par l'article 5 alinéa 2 chiffre 22, niveau 4, de ses conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires (édition au 1er janvier 1997);

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

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 demandeur, invoquées comme moyen de preuve doivent être joints à l'envoi;

communiquera le présent arrêt à Madame M.-P. Ch. ainsi qu'à l'Universa caisse-maladie et à l'Office fédéral des assurances privées.