

Tribunal administratif du canton de Genève, 28 juillet 1998,
L. c. Hermes Caisse-Maladie

Faits: Madame M. L., domiciliée en France, à T., est assurée, en matière d'assurance maladie obligatoire de soins et en assurances complémentaires auprès d'Hermès caisse-maladie (ci-après: Hermès).

Mme L. était soignée par M. P. B., thérapeute membre de la fédération suisse des praticiens de santé en naturopathie. Ce dernier a prescrit des analyses, qui ont été réalisées par la Société de B. A. S.A. à Genève (ci-après: SBA). Le 12 septembre 1997, cette société a établi sa facture en CHF 152.-. Hermès, à qui Mme L. a transmis cette facture, a refusé de l'honorer.

A la demande de Mme L., Hermès a rendu une décision formelle le 12 janvier 1998.

SBA n'était pas autorisée à pratiquer à la charge des assurances maladie, dans le cadre de l'assurance de base. Si l'assurance de soins complémentaires prenait en charge les thérapies effectuées par les thérapeutes en médecine douce, elle ne couvrirait pas les analyses prescrites par ces derniers.

Mme L. ayant fait opposition, Hermès a confirmé sa position le 4 mars 1998 en reprenant l'argumentation développée dans sa décision formelle. De plus, elle a précisé que l'assurance de base ne prenait en charge que les analyses prescrites par un médecin, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Mme L. a déposé une demande au Tribunal administratif le 6 avril 1998. Avant de procéder aux analyses prescrites par M. B., elle s'était renseignée auprès d'Hermès sur leur prise en charge. Hermès l'avait rassurée sur ce point. En outre, SBA était reconnue par le canton de Genève.

Hermès s'est opposée à la demande le 7 mai 1998, pour les motifs qu'elle avait développés antérieurement. Comme Mme L. l'indiquait, les soins prodigués par M. B. étaient prises en charge, mais pas les analyses qu'il pouvait demander.

Les parties ont été entendues en comparution personnelle le 4 juin 1998.

Mme L. habitait à Genève à l'époque des faits et son époux y travaillait. Elle a admis que la facture ne pouvait être prise en charge par l'assurance de base, M. B. n'étant pas médecin. Elle considérait en revanche qu'elle devait être couverte par les assurances complémentaires. Elle a insisté sur le fait qu'avant de procéder à ces analyses, elle avait téléphoné à la caisse pour être sûre que celle-ci les prendrait en charge. Toutefois, elle ne se rappelait pas le nom de la personne avec qui elle s'était entretenue.

Motifs: Le Tribunal administratif fonctionnant en qualité de Tribunal cantonal des assurances au sens de l'article 86 de la fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) est compétent pour connaître des contestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12 al. 2 LAMal et art. 37 al. 2 de la loi d'application de la LAMal du 29 mai 1997 - J 3 05). L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1 1ère phrase de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 - LCA - RS 221.229.1), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 - LSA - RS 961.01).

Selon l'article 3 LAMal et l'article 7 alinéa 4 LAMal, les frontaliers et les membres de leurs familles peuvent être soumis à l'assurance maladie suisse. Tel est le cas de Mme L. qui était, à l'époque des faits, domiciliée à G. et dont l'époux travaille en Suisse.

En l'espèce, interjetée devant la juridiction compétente dans le délai précité, la demande est recevable.

Mme L. ne soutenant plus que la prestation litigieuse doit être prise en charge par l'assurance de base, le litige sera analysé uniquement sous l'angle de l'assurance complémentaire.

Selon l'article 5 alinéa 2 chiffre 3 des conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires souscrite par Mme L., Hermès prend en charge les thérapies de médecine douce exécutées par un praticien en thérapies naturelles reconnues, notamment par l'association des praticiens en thérapies naturelles. La simple lecture de la disposition en question permet d'exclure la prise en charge d'analyses ordonnées par un tel praticien, dès lors qu'il n'exécute pas personnellement la prestation en question. Au surplus, aucune disposition dans les conditions d'assurance ne prévoit la prise en charge de telles analyses.

Dès lors, c'est à juste titre qu'Hermès, au vu de ses conditions générales, a refusé de les prendre en charge.

Mme L. excipe du principe de la bonne foi, dans la mesure où la prise en charge des analyses litigieuses lui aurait été confirmée par téléphone.

Selon l'article 12 chiffre 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) les assurances complémentaires sont régies par la LCA. L'article 100 chiffre 1 LCA prévoit que tout ce qui n'est pas réglé par la loi en question est régi par le droit des obligations.

Dès lors, et dans la mesure où la LCA ne comporte pas de dispositions régissant le fardeau de la preuve, cette problématique doit être analysée à la lumière de l'article 8 CCS, qui prescrit que chaque partie doit prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire un droit.

En l'espèce, Mme L. allègue avoir obtenu une confirmation de la prise en charge de l'analyse litigieuse par son assureur. Dans la mesure où cette confirmation se serait faite par téléphone, de plus par une employée dont elle ne se rappelle le nom, il lui est impossible de rapporter la preuve de son allégation, qui devra être écartée.

Au vu de ce qui précède, la demande sera rejetée.

Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme:

déclare recevable la demande déposée au Tribunal administratif le 6 avril 1998 par Madame M. L. contre la décision sur opposition d'Hermès caisse-maladie du 4 mars 1998;

au fond :

la rejette;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

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 doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il est adressé en trois exemplaires au moins 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;

communiqué le présent arrêt à Madame M. L., ainsi qu'à Hermès caisse-maladie et à l'Office fédéral des assurances privées.