



POUVOIR JUDICIAIRE

A11988/2004

ATAS/642/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 6 juillet 2006

En la cause

Madame X

recourante

contre

Y CAISSE MALADIE-ACCIDENT,

intimée

**Siégeant : Madame Kanne STECK, Présidente;
Mesdames et Valérie MONTANI Doris WANGELER, juges**

EN FAIT

1. Madame X est assurée auprès de la caisse maladie-accident Y (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), réseau O Genève, risques maladie et accident avec une franchise de 1500 fr., ainsi que pour une assurance complémentaire, risques maladie et accident (Module A) selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) à partir du 1^{er} février 2002.
2. Enceinte, l'assurée a demandé en mai 2003 le remboursement de 272 fr. pour deux paires de bas de contention (pour les varices).
3. En date du 16 septembre 2003, l'assurée a accouché à domicile, n'ayant pu se rendre la maternité, car l'enfant était venu au monde extrêmement rapidement. Seule la sage-femme qui suivait l'assurée avait eu le temps de se rendre à son chevet pour cet accouchement à domicile non planifié. Peu de temps après la naissance du bébé, une ambulance avec un médecin et des infirmiers était arrivée sur place. Le médecin, après avoir constaté que l'enfant et la mère se portaient bien, avait consenti à renoncer à l'hospitalisation de l'assurée et de son fils.
4. En octobre 2003, l'assurée a transmis à sa caisse-maladie différentes factures, dont notamment une facture de 618 fr. 50 relative à l'ambulance (une heure de service) et une facture de 223 fr. 10 des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG; service du SMUR, sauvetage).
5. Dans un décompte du 8 janvier 2004, la caisse-maladie a reconnu devoir prendre en charge la moitié de la facture de l'ambulance (309 fr. 25) au titre de l'assurance de base des soins, sous déduction de la franchise et de la quote-part et l'autre moitié au titre d'assurance complémentaire selon la LCA, ainsi que la moitié de la facture du SMUR, sous déduction de la franchise et de la quote-part et 236 fr. pour les bas de contention, sous déduction de la franchise et de la quote-part.
6. Par courrier du 28 mai 2004, le mari de l'assurée a contesté la déduction de la franchise sur la facture de l'ambulance et des bas de contention, faisant valoir que l'assurance de base des soins était tenue de rembourser la totalité des frais afférents une grossesse, sans participation aux coûts.
7. Par décision du 23 juin 2004, la caisse-maladie a maintenu son décompte précédent, faisant valoir que ni les frais de sauvetage, ni les moyens auxiliaires (bas compressifs) n'étaient gles prestations spécifiques de maternité au sens des art. 13 et 14 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), raison pour laquelle la franchise avait été déduite de ces factures.

8. Par courrier du 22 juillet 2004, l'assurée, par l'intermédiaire de son mari, a formé opposition à cette décision, sollicitant la prise en charge de la totalité de la facture relative à l'ambulance et de celle relative aux bas de contention. Elle a expliqué que son accouchement était prévu à la maternité, en ambulatoire. Cependant, le 16 septembre 2003, elle avait perdu les eaux aux alentours de 18 heures et avait contacté sa sage-femme pour lui signaler que l'accouchement approchait. Après la perte des eaux, le travail s'était déclenché très rapidement. Elle avait demandé à la sage-femme de venir à son domicile pour faire le point, renonçant à prendre une voiture, un taxi ou une ambulance aux heures de pointe. La sage-femme était arrivée aux alentours de 18h45-18h50, avait procédé à un examen rapide de la parturiente et avait annoncé que le bébé arrivait. Elle avait immédiatement appliqué la procédure d'urgence, impliquant l'aide du mari, qui avait appelé le numéro d'urgence à sa demande. La sage-femme souhaitait être soutenue par une équipe de transport d'urgence, au cas où un problème surviendrait pour la mère ou le bébé. Environ 10 à 15 minutes après la naissance, l'ambulance, le médecin et les infirmiers étaient arrivés, ainsi qu'une deuxième sage-femme, équipée d'une trousse d'accouchement à domicile, la première sage-femme n'ayant pas de matériel adéquat avec elle. Après discussions entre les professionnels, l'expulsion du placenta et le contrôle du bébé, l'assurée avait décidé de rester à la maison, bien que le médecin l'ait vivement encouragée à se rendre à la maternité. Ainsi, elle avait fait économiser des frais à l'assurance, puisqu'elle ne s'était pas rendue à l'hôpital et ne comprenait dès lors pas pourquoi elle devait prendre en charge la moitié du coût de l'ambulance. S'agissant des bas de contention, elle a précisé qu'ils étaient spécifiquement liés à la grossesse et devaient dès lors être pris en charge intégralement par la caisse-maladie.
9. Par décision sur opposition du 24 août 2004, la caisse-maladie a confirmé son décompte de prestations du 8 janvier 2004. La question à résoudre était celle de savoir si les frais de sauvetage ainsi que les bas de contention entraient dans la catégorie des prestations en cas de maternité au sens de l'art. 64 al. 7 LAMal. Ces prestations étaient définies de manière exhaustive à l'art. 29 LAMal, ainsi qu'aux art. 13 à 16 OPAS. L'art. 29 al. 2 LAMal stipulait qu'étaient considérées comme prestations spécifiques de maternité, l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers, ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme. Il fallait comprendre par cette disposition que seul l'accouchement en lui-même était compris dans les prestations spécifiques de maternité et qu'à contrario, toutes les autres prestations en relation indirecte avec l'accouchement n'étaient pas considérées comme des prestations spécifiques de maternité. Or, en l'occurrence, les frais d'ambulance ne faisaient pas partie desdites prestations de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal; quant aux bas de contention, ils ne figuraient pas dans la liste exhaustive des prestations énoncées aux art. 13 à 16 OPAS. Ainsi, les frais litigieux étaient soumis à la participation légale aux coûts.

10. Par courrier du 24 septembre 2004, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, sollicitant la prise en charge par la caisse-maladie de la totalité de la facture relative à l'ambulance, ainsi que de celle relative aux bas de contention. Elle a rappelé que la sage-femme n'avait pu parvenir son domicile qu'environ 10 à 15 minutes avant la naissance, ce qui avait impliqué l'application de la procédure d'urgence, qui prévoit de faire appel à une ambulance pour permettre une évacuation rapide en cas de complications. L'accouchement s'étant déroulé dans de parfaites conditions, la mère et son bébé avaient renoncé se rendre à la maternité, ce qui aurait occasionné par ailleurs un stress et des frais supplémentaires. Or, en renonçant à se rendre à la maternité, elle avait réalisé une économie en faveur de l'assurance-maladie et elle ne voyait dès lors pas pourquoi les frais d'ambulance et du médecin qui s'était rendu à son domicile n'avaient pas été entièrement pris en charge, en tant que frais directement liés à l'accouchement. S'agissant des bas de contention, elle a rappelé que le problème vasculaire dont elle souffrait était lié à la grossesse, et que dès lors, leur coût devait être supporté par l'intimée.
11. Dans sa réponse du 22 octobre 2004, la caisse-maladie a conclu au rejet du recours. S'agissant des frais de transport, elle avait pris en charge au titre de la LAMal le 50% des frais de sauvetage, conformément à l'art. 27 OPAS, puisque les frais de transport ne faisaient pas partie des prestations spécifiques liées à la maternité, exemptées de la participation légale aux coûts. Aucune autre facture de médecin relative à l'accouchement ne lui avait été transmise. En ce qui concernait les bas de contention, ceux-ci ne faisaient pas partie de la liste exhaustive des prestations spécifiques de maternité au sens des art. 29 LAMal et 13 à 16 OPAS et leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins était par conséquent également soumise la participation légale aux coûts. L'intimée avait en outre remboursé au titre de l'assurance complémentaire LCA la moitié des frais d'ambulance, soit un montant de 309 fr. 50. Enfin, s'agissant de la recevabilité du recours, elle n'était pas en mesure d'apporter la preuve de la date à laquelle la décision sur opposition du 23 août 2004 avait été reçue par son destinataire, cette décision n'ayant pas été notifiée par pli recommandé, mais par courrier A.
12. Dans sa réplique du 24 novembre 2004, la recourante a repris les arguments soulevés lors de son opposition et de son recours, précisant toutefois que la facture du médecin qui était intervenu lors de l'accouchement à domicile, avait bien été transmise à la caisse-maladie. Cette facture s'élevant à 223 fr. 10 figurait d'ailleurs en page 2 du décompte de l'intimée du 8 janvier 2004, mais n'avait manifestement pas été traitée. La recourante a encore précisé que les frais de sauvetage s'élevaient 618 fr. 50, auxquels il fallait rajouter 111 fr. 55 selon une facture des HUG, qui figurait également sur le décompte du 8 janvier 2004, et que la caisse-maladie refusait également de rembourser. S'agissant des bas de contention, elle a relevé que leur coût, occasionné par la grossesse, devait être pris en charge comme tous les autres médicaments liés à la maternité, qui ne figurait pas non plus dans l'OPAS.

Enfin, selon le contrat LCA Module A, l'intimée devait rembourser les moyens auxiliaires à hauteur de 50%, soit 136 fr., sur la facture des bas compressifs. En conclusion, la recourante a souligné être pénalisée par son accouchement à domicile, alors qu'il devait figurer parmi les meilleurs marchés que la caisse-maladie ait dû rembourser ces dernières années.

13. Dans sa duplique du 21 décembre 2004, l'intimée a relevé que les bas de contention ne répondaient pas à la définition des moyens auxiliaires du contrat d'assurance complémentaire, puisqu'ils n'étaient pas exclus de l'assurance obligatoire. Dès lors, aucune participation à ces frais ne pouvait être versée à ce titre. Enfin, la facture des frais de sauvetage de 223 fr. 10 n'avait pas encore été traitée.
14. En date du 30 mars 2006, se sont tenues devant le Tribunal de céans des audiences d'enquêtes et de comparution personnelle.

Madame S, sage-femme, a été entendue en qualité de témoin. Elle a expliqué qu'elle était sage-femme indépendante, agréée par l'hôpital. Dans le cadre de son travail, il était prévu qu'elle suive la maman durant la grossesse et qu'elle soit ensuite disponible 24 heures sur 24 à compter de la 37ème semaine afin de pouvoir l'assister pendant le travail et déterminer avec elle quand il fallait se rendre à l'hôpital. Pour cette parturiente, il était prévu que l'accouchement se passe en ambulatoire, c'est-à-dire que la mère réintègre le domicile 3 à 4 heures après l'accouchement. L'accouchement n'était donc pas prévu au domicile. Elle ne se souvenait pas à quelle heure le père l'avait appelée pour lui dire qu'il pensait que quelque chose se produisait. S'agissant du deuxième enfant, elle s'était rendue rapidement sur place. Elle était arrivée une demi-heure à trois quart d'heure plus tard en bas de l'immeuble. C'est alors qu'elle avait reçu un second appel du père, qui lui proposait de se retrouver à l'hôpital. Elle était immédiatement montée à l'appartement et quelques minutes plus tard le bébé était arrivé. Tout s'était passé de manière excessivement rapide. Quand elle était arrivée, la mère était déjà en train de pousser et il était clair qu'elle n'atteindrait même pas l'escalier. Elle n'avait eu que le temps de l'installer dans le lit et de la rassurer et le bébé était arrivé.

Lorsque elle était arrivée sur place et qu'elle avait découvert la situation, elle avait donné quelques instructions au père (chauffer des linges et appeler le 144). En effet, elle n'avait sur elle ni oxygène ni voie veineuse puisque l'accouchement n'était pas prévu à domicile. Or, elle ignorait à ce stade si des complications telles qu'une hémorragie par exemple se présenteraient. Elle n'avait d'ailleurs jamais de trousse d'accouchement à domicile sur elle, car ce n'était pas prévu dans le cadre de son activité. L'ambulance était arrivée entre le moment de l'accouchement et celui de la délivrance (expulsion du placenta). Les ambulanciers avaient enveloppé le bébé dans une couverture chauffante et avait posé une voie veineuse à la mère. Compte tenu du fait que l'accouchement s'était déroulé sans problème, de la volonté de la mère d'être hospitalisée le moins possible et du fait qu'il ne justifiait plus d'aller à

l'hôpital, la décision avait été prise de rester au domicile. Elle était restée aux côtés de la mère 4 à 5 heures, soit ce qu'elle aurait fait en salle d'accouchement. A priori, l'intervention de l'ambulance était nécessaire puisque elle n'avait à disposition ni voie veineuse ni oxygène. Or, sans aide, certains actes étaient impossibles. Rien ne l'assurait que l'accouchement se déroulerait sans complications et sa responsabilité professionnelle était engagée. A posteriori, évidemment, compte tenu du fait que tout s'était bien passé, il était facile de conclure à l'inutilité de l'ambulance. Dans les faits, les ambulanciers et le médecin venus avec l'ambulance n'avaient pas eu à faire d'actes particuliers.

Le témoin a encore précisé que lorsque l'on appelle une ambulance pour un accouchement, un cardiomobile avec un médecin au cas où il faudrait réanimer l'enfant est systématiquement envoyé. La procédure d'urgence ne correspondait en outre à rien d'établi. Par ailleurs, lorsque l'accouchement était prévu à domicile, la sage-femme était équipée de tout le matériel nécessaire et officiait avec une deuxième sage-femme. L'ambulance n'était alors appelée qu'en cas grave. Enfin, elle a souligné que le procédé qui avait été choisi par les parents engendrait 3 à 4 fois moins de frais, que ce soit tant au niveau des consultations pendant la grossesse qu'au niveau du suivi post-partum.

Lors de sa comparution personnelle, la caisse-maladie a exposé qu'au réexamen du dossier, deux erreurs avaient été découvertes. La mère avait changé de numéro AVS, ce qui avait eu pour conséquence la création de deux dossiers chez Y; l'un avait été "occulté" par l'autre : en raison d'un problème informatique, le nouveau dossier avait chevauché l'ancien, ce qui avait créé deux décomptes de prestations distincts. La facture du SMUR avait été payée dans le cadre de l'ancien dossier alors que toutes les nouvelles factures en relation avec l'accouchement avaient été payées dans le cadre du nouveau dossier. En résultait donc deux décomptes datés du 8 janvier 2004, l'un faisant état de 5 prestations et l'autre de deux. L'intimée avait produit le nouveau décompte et la recourante l'ancien, d'où le litige. La caisse-maladie a exposé d'autre part que la pratique de Y avait changé. Alors qu'elle prenait auparavant en charge les cardiomobiles comme un sauvetage, c'est-à-dire à 50% des coûts, plus la participation, elle les prenait désormais en charge entièrement, comme une facture de médecin, plus la participation. Après réflexion, elle se déclarait d'accord de prendre en charge la facture du SMUR à 100% sans participation, par analogie avec l'art. 19 LAMal, qui donnait droit à la maman à l'assistance d'un médecin. La caisse-maladie s'est engagée à verser le montant de 223 fr. 10 à l'assurée dans le prochain décompte de prestations. Restait encore à déterminer la question de la prise en charge de l'ambulance par rapport à la participation légale aux coûts et celle des bas-varices. L'intimée souhaitait que le Tribunal de céans statue sur ces deux points.

15. La recourante - qui s'était excusée pour les audiences du 30 mars 2006 - s'est vu impartir un délai pour se déterminer sur le procès-verbal d'enquêtes et de comparution personnelle, ce qu'elle n'a pas souhaiter faire.
16. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN

DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 1106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. La recourante réclame le remboursement des frais d'ambulance et des bas de contention en vertu de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), mais également en vertu de son assurance complémentaire, soumise à la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).

a) Le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations relatives à la LAMal. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56V al. 1 let. 4 LOJ et 60 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1 janvier 2003 et applicable au cas d'espèce en matière LAMal - LPGA).

b) S'agissant des assurances complémentaires, 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, 1^{ère} phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En l'espèce, il y a lieu de considérer que le recours comprend également une demande en paiement, laquelle déposée le 24 septembre 2004 devant la juridiction compétente (art. 56 V al. 1 let. c LOJ) pour des prestations litigieuses datant de décembre 2003 est recevable.

3. Le litige porte tout d'abord sur le point de savoir si la caisse-maladie peut réclamer à la recourante une participation aux coûts pour le déplacement de l'ambulance au lieu de l'accouchement, sur la base de la LAMal.

a) Selon l'art. la al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents - dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge - et de maternité. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, applicable en l'espèce [ATF 129 V 4 consid. 1.2]). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier (art. 5 LPGA).

En matière d'assurance-maladie, l'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas apporté de modification - si ce n'est d'ordre rédactionnel - au contenu des notions de maladie, d'accident et de maternité, telles qu'elles étaient définies à l'ancien art. 2 LAMal, abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003. La jurisprudence développée à leur propos jusqu'à ce jour peut ainsi être reprise et appliquée (AIF 130 V 344 consid. 2.2 et les références citées).

Selon l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations, pour lesquels l'assureur ne peut exiger aucune participation (art. 64 al. 7 LAMal), comprennent selon l'al. 2 les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure l'hôpital avec sa mère (let. d).

Le Conseil fédéral, chargé d'édicter les dispositions aux fins d'exécution de la loi, a délégué cette compétence, en tant qu'elle concernait les prestations visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal, au Département fédéral de l'intérieur (ci-après le DFI; art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Celui-ci a édicté le 20 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS). Les prestations spécifiques en cas de maternité y sont réglées aux art. 13 à 16 (examens de contrôle, préparation à l'accouchement, conseils en cas d'allaitement). En outre, l'art. 104 OAMal prévoit qu'aucune contribution journalière aux frais de séjour hospitalier (prévue par l'art. 64 al. 5 LAMal) n'est due pour les prestations de maternité.

S'agissant de l'art. 29 al. 2 let. b LAMal, le Conseil fédéral n'a édicté aucune disposition d'exécution.

b) A l'ATF 127 V 268, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), confirmant la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, a précisé que selon le nouveau droit également, les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, ce qui entraîne l'obligation des assurées de participer aux coûts des prestations dont elles bénéficient. La distinction entre les prestations obligatoires lors d'une grossesse normale et celles en cas de grossesse avec complications est en effet compatible avec le sens et le but de la réglementation prévoyant la libération de toute participation aux coûts des prestations en cas de maternité (voir également RAMA 2004 n° K 300, p. 383; ATFA non publié du 14 octobre 2000, K 14/01).

c) Selon l'art. 25 al. 2 let. g LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. En vertu de l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail ces prestations. A l'art. 33 let. g OAMal, le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au DFI. Le DFI a fait usage de cette délégation aux art. 26 (pour les frais de transport) et 27 OPAS (pour les frais de sauvetage). Selon l'art. 26 OPAS, l'assurance prend en charge 50 pour cent des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé; le montant maximum est de 500 fr. par année civile (al. 1). Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas (al. 2).

4. En l'occurrence, la grossesse de la recourante n'a donné lieu à aucune complication, ce qui n'est au demeurant nullement contesté par l'intimée. L'accouchement à terme s'est déroulé sans problème et de façon inopinée à domicile, en raison de l'arrivée très rapide du bébé, ceci alors que la recourante avait prévu un accouchement ambulatoire. La sage-femme qui la suivait pendant sa grossesse a pu se rendre à son chevet quelques minutes avant de procéder à l'accouchement avec les "moyens du bord", sans avoir à disposition de voie veineuse et d'oxygène. Elle avait alors fait appel à une ambulance transportant notamment un médecin. Cette ambulance était arrivée peu de temps après la naissance et le médecin avait pu procéder l'expulsion du placenta et au contrôle du bébé. Par la suite, la recourante avait préféré rester à la maison, puisqu'il n'y avait pas eu de complications et qu'elle-même et son fils se portaient bien.

Le Tribunal de céans constate que, d'une part, tant la grossesse que l'accouchement de la recourante n'ont présenté aucune complication et que, d'autre part, le recours à

une ambulance était nécessaire, vu la non-planification de cet accouchement à domicile et le manque de matériel adéquat sur place. C'est d'ailleurs la sage-femme - dont la responsabilité était engagée - qui a ordonné de faire appel à l'ambulance. Bien que l'intervention de l'ambulance ne figure pas dans le catalogue des prestations de l'art. 29 LAMal, on ne peut cependant considérer les frais y relatifs comme des frais de maladie, puisque ni la grossesse ni l'accouchement n'ont présenté d'aspects morbides. Il apparaît, au vu de l'interprétation téléologique de la loi, que l'on ne saurait pénaliser la recourante en lui faisant supporter une participation à son accouchement à domicile, alors que, si elle avait eu le temps de se rendre à l'hôpital, tous ses frais auraient été pris en charge. Le Tribunal de céans estime ainsi que les frais d'ambulance doivent être traités comme s'ils étaient liés à un accouchement sans complications en milieu hospitalier, qui en vertu de l'art. 104 al. 2 let. b OAMal n'entraîne aucune contribution de la part de l'accouchée.

Il convient par conséquent de mettre à la charge de l'intimée la totalité de la facture de l'ambulance, comme une prestation de maternité découlant de l'art. 29 LAMal.

5. Reste ainsi à examiner la prise en charge par l'intimée des bas de contention.

Tant l'art. 29 LAMal que les art. 13 à 16 OPAS qui dressent la liste des prestations spécifiques en cas de maternité ne font aucune mention de bas de contention comme prestations spécifiques de maternité. Le coût de ces bas doit dès lors être pris en charge en tant que frais de maladie, ce qui entraîne la participation de la recourante à ces coûts (franchise et 10%).

Enfin, selon une jurisprudence bien établie du TFA (cf. RCC 1980 p. 173 et ATFA non publié du 8 juillet 1992, I 256/91), les bas de contention ne peuvent être considérés comme des moyens auxiliaires et ne sauraient donc être remboursés à ce titre par l'assurance complémentaire de l'assurée.

Dès lors, au vu de ce qui précède, le coût des bas doit être pris en charge par la caisse-maladie en tant que frais de maladie. La décision de l'intimée sera donc confirmée sur ce point.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES:
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande recevables.

Au fond :

2. Rejette la demande.
3. Admet partiellement le recours.
4. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 24 août 2004 en tant qu'elle ne prend pas en charge la totalité des frais d'ambulance et la confirme pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à rembourser à la recourante la totalité des frais d'ambulance, sans participation de la part de cette dernière.
- 6. Donne** acte à l'intimée de son engagement à prendre en charge la totalité de la facture du SMUR, s'élevant à 223 fr. 10. L'y condamne en tant que de besoin.
7. Déboute la recourante pour le surplus.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Informe les parties de ce que s'agissant de la LAMal, elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit :
a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

S'agissant de la LCA et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les 30 jours dès sa notification. Le mémoire

de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances,
18, rue du Mont-Blanc, 1201 GENEVE. Le présent arrêt et les pièces en possession
du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière



Janine BOPFI

La secrétaire-juriste :

Frédérique Glauser

La Présidente :



Hanne STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral
de la santé publique et à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le

13 JUIL 2006

