RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2922/2006 **ATAS/1162/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 19 décembre 2006

En la cause

Monsieur N_____, soit pour lui son représentant légal, Mme S_____	recourant et demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Service juridique romand, sise chemin de la Colline 12, LAUSANNE	intimée et défenderesse

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. N_____, né le 23 juillet 1991, souffre d'autisme. En raison de cette affection congénitale, il bénéficie des prestations de l'assurance-invalidité, à savoir de mesures médicales depuis le 1er novembre 1994, d'une formation scolaire spéciale dès le 28 août 1995, d'une contribution aux frais de soins spéciaux pour impotence moyenne depuis le 27 novembre 1995, puis grave dès le 1er novembre 2001, et, enfin, d'une allocation d'impotence grave pour mineur dès le 1er janvier 2004.

2. Depuis sa naissance, l'assuré est affilié auprès d'HELSANA Assurances SA (ci-après : HELSANA) pour l'assurance obligatoire des soins avec complément accidents.

3. Le 19 décembre 2000, la Dresse A_____ a signé un bon pour des analyses spécialisées à effectuer dans un laboratoire spécialisé.

4. Le 23 décembre 2000, l'assuré s'est rendu auprès du laboratoire PHILIPPE AUGUSTE à Paris pour procéder à l'analyse des acides organiques urinaires, du profil des acides gras de la membrane érythrocytaire, des neurotransmetteurs, des acides aminés urinaires et des marqueurs.

5. Le 2 janvier 2001, ledit laboratoire a adressé à l'assuré une note d'honoraires d'un montant de 3'438 fr. français.

6. Le 8 novembre 2003, la Dresse A_____ a émis un nouveau bon pour des analyses spécifiques à effectuer dans un laboratoire spécialisé.

7. Par certificat médical du 22 décembre 2003, la Dresse A_____ a attesté que l'assuré souffrait de diverses affections métaboliques et que les examens nécessaires à l'évaluation de son état de santé ne se pratiquaient qu'en France.

8. Le 27 novembre 2003, l'assuré s'est rendu auprès du laboratoire de biologie médicale du Dr B_____ à Paris qui a procédé aux analyses de biochimie, d'endocrinologie et de métabolisme, du profil des acides gras de la membrane érythrocytaire, du stress oxydant, du profil vitaminique B, du métabolisme énergétique, des minéraux, des peptides urinaires, des ptérines urinaires, des acides organiques urinaires et des neurotransmetteurs.

9. Le 14 janvier 2004, ledit laboratoire a adressé à l'assuré une note d'honoraires d'un montant de 600 € 93.

10. Le 16 janvier 2004, l'assuré a transmis à HELSANA les bons de demandes d'analyses et les notes d'honoraires.

11. Par courrier du 21 avril 2004, HELSANA a informé l'assuré que, le 4 février 2004, elle avait demandé, des renseignements médicaux à la Dresse A_____, avec rappel le 10 mars 2004, et qu'elle n'avait toujours pas reçu sa réponse, indispensable au traitement desdites factures. Elle a précisé que la réglementation légale prescrivait que les prestations pour soins dispensés à l'étranger n'étaient prises en charge par l'assureur-maladie qu'en cas d'affection aiguë survenant durant un séjour à l'étranger ou si un traitement ne pouvait pas être dispensé en Suisse.

12. Le 28 avril 2004, l'assuré a répondu que les laboratoires suisses n'étaient à ce jour pas en mesure d'effectuer ces analyses en pathophysiologie car ils ne possédaient ni les protocoles, ni les technologies nécessaires. Il a précisé que ces analyses permettaient les suivis thérapeutiques relatifs à la lourde pathologie dont il était atteint, à savoir des troubles immunitaires et une encéphalite associée à un syndrome autistique.

13. Dans un rapport du 4 mai 2004, le Dr C_____, médecin-conseil d'HELSANA, a indiqué avoir eu un entretien, d'une part, avec le Dr D_____ qui a précisé que les investigations faites à Paris étaient du domaine de la recherche, d'autre part, avec la Dresse A_____ qui a expliqué avoir ordonné ces analyses pour des problèmes gastro-intestinaux, de dermatite et de diarrhées chez un enfant semblant avoir des eczémas et des allergies. Elle a ajouté que ces investigations étaient intéressantes pour l'autisme. En définitive, le Dr C_____ a considéré que les analyses faites à Paris étaient médicalement très intéressantes mais que l'application clinique n'était pas encore scientifiquement reconnue. Il a ajouté que quelques tests effectués à Paris se trouvaient dans la liste des analyses. Il a conclu que ces analyses n'étaient pas à la charge de l'assurance-maladie car elles étaient soit investigationnelles soit faisables en Suisse.

14. Par décision informelle du 6 mai 2004, HELSANA a refusé la prise en charge des ces analyses considérant, d'une part, qu'elles ne correspondaient pas à des examens dont l'application clinique était scientifiquement reconnue, d'autre part, que quelques-uns de ces tests se trouvaient dans la liste des analyses et étaient pratiqués dans les laboratoires suisses.

15. Par communication du 17 mai 2004, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) a refusé le droit à des mesures médicales sous forme d'analyses en physiopathologie pour le motif que les examens à but diagnostic n'étaient pas à la charge de l'assurance-invalidité.

16. Le 10 janvier 2005, l'assuré a demandé à HELSANA de lui communiquer les noms des laboratoires en question.

17. L'assuré ayant manifesté son désaccord avec sa prise de position du 6 mai 2004, HELSANA a confirmé sa position par décision du 28 février 2005.

18. Le 21 mars 2005, l'assuré a formé opposition contre ladite décision en raison de son argumentation scientifique irrelevante. Il a réclamé la liste des analyses. Il a contesté l'appréciation du Dr C_____ auquel il a reproché d'avoir intimidé la Dresse A_____ et d'avoir attribué à celle-ci des propos mensongers. Il a considéré que l'application clinique des analyses neuro-biologiques était reconnue par la communauté scientifique internationale depuis plusieurs années. Il a demandé que les scientifiques français, italiens ainsi que norvégiens puissent être entendus et qu'un débat contradictoire soit instauré avec le Dr C_____. Enfin, il a reproché à HELSANA de n'avoir pas pris de renseignement auprès du Dr E_____, spécialiste en médecine interne et homéopathe.

19. Dans un rapport du 22 mars 2006, le Dr C_____ a estimé qu'il n'était pas habituel de faire autant d'examens de laboratoire différents lors des investigations de l'autisme. Il a expliqué que certaines écoles tentaient d'expliquer l'autisme par un problème nutritionnel ou de malabsorption et que les médecins cités par l'assuré en étaient des adeptes. Il a précisé que cette approche n'était pas confirmée par la médecine traditionnelle. Il a indiqué que cette approche médicale n'était pas reconnue scientifiquement, ni appuyée par la majorité des spécialistes de l'autisme ou de la littérature scientifique existante.

20. Par décision sur opposition du 22 juin 2006, HELSANA a rejeté l'opposition. Elle a indiqué que la liste des analyses est une liste positive et que les analyses ne figurant pas sur cette liste ne pouvaient pas être remboursées, qu'elles soient effectuées en Suisse ou à l'étranger. Elle a précisé que les analyses pratiquées à l'étranger n'étaient remboursables que si elles étaient répertoriées dans LA liste des analyses avec une remarque indiquant qu'elles étaient exécutées à l'étranger. Elle a ajouté que, dans le cas de l'assuré, un grand nombre des analyses pratiquées ne faisaient pas partie de la liste des analyses et que celles qui y étaient énumérées ne comportaient pas la mention d'une exécution à l'étranger. En outre, elle a souligné que les analyses de laboratoire qui ne pouvaient être effectuées qu'à l'étranger pouvaient être admises sur la liste en adressant une demande à l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP).

21. Par fax du 9 août 2006, l'assuré a demandé au Tribunal cantonal des assurances sociales de lui accorder un délai en raison de la période scolaire de vacances pour répondre à la décision sur opposition. Il a précisé que si cela n'était pas possible, il priait le Tribunal de le lui faire savoir afin qu'il puisse respecter le délai imparti.

22. Par courrier du 11 août 2006, le Tribunal a informé l'assuré, d'une part, qu'il avait enregistré son recours, d'autre part, que l'acte de recours devait être signé et contenir des conclusions ainsi qu'un exposé succinct des motifs invoqués. Il lui a imparti un délai au 28 août 2006 pour satisfaire à ces exigences en précisant qu'en cas d'inobservation de ces prescriptions, son recours serait déclaré irrecevable.

23. Le 17 août 2006, HELSANA a fait part de sa perplexité quant au délai qui lui a été signifié par le Tribunal pour faire parvenir sa réponse étant donné que la lettre du 9 août 2006 ne pouvait pas être considérée comme un recours. En conséquence, elle a estimé qu'elle ne pouvait pas répondre à des arguments qui n'avaient pas encore été avancés et restait dans l'attente d'une éventuelle motivation de la part de l'assuré.

24. Le 23 août 2006, le Tribunal a informé HELSANA qu'un délai lui avait été imparti par erreur et que son droit de réponse était réservé.

25. Le même jour, le Tribunal a accordé à l'assuré un délai au 6 septembre 2006 pour compléter son recours.

26. Par écriture du 6 septembre 2006, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 22 juin 2006. Il demande que la condition de l'efficacité démontrée selon les méthodes scientifiques et son corollaire direct - à savoir que certaines analyses devraient être prises en charge par l'assurance-maladie - soient traités par l'intimée dans sa décision (sur fondement scientifique, voire par débat contradictoire entre scientifiques) et que la caisse-maladie examine si l'assurance complémentaire doit prendre en charge le coût des analyses. Il soutient que l'intimée a volontairement refusé de lui transmettre les noms des laboratoires suisses susceptibles d'effectuer les analyses afin de se soustraire à leur remboursement. En outre, il demande à la commission compétente de l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) de procéder à une révision de la validité scientifique de la liste des analyses remboursées. A cet égard, il invoque la documentation scientifique, l'ignorance patente du Dr C_____ qui ne s'est pas documenté sur la validité scientifique des analyses effectuées ainsi que sur les possibilités de traitement de l'autisme, enfin, les avancées des sciences exactes reconnues par la communauté internationale. Il relève que la reconnaissance scientifique est liée à une époque et que les méthodes de soins retenues comme valables par l'OFAS sont non seulement obsolètes, mais constituent une atteinte grave à la personne autiste. Il prétend que la validité scientifique des analyses effectuées est reconnue par la communauté scientifique européenne et américaine depuis 1987 ainsi que cela ressort des travaux relatifs à l'autisme du Prof. F_____ et de ses collègues rapportant une guérison de la maladie ou de très fortes améliorations grâce à un régime alimentaire sans gluten et caséine. Il reproche au Dr G_____ d'avoir contesté la validité de ces travaux sans avoir motivé son appréciation.

27. Dans sa réponse du 29 septembre 2006, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement, à son rejet. Elle a considéré que le recours du 6 septembre 2006 a été formé tardivement, soit neuf jours après son échéance, le 28 août 2006. Elle a estimé que le Tribunal avait qualifié à tort de recours le courrier de l'assuré du 9 août 2006 qui n'était qu'une demande de renseignements. De plus, elle a soutenu que la deuxième prolongation de délai accordée le 23 août 2006 n'était pas admissible dès lors que la loi ne prévoyait l'octroi que d'un seul délai pour combler les

lacunes du recours. Elle a relevé que la modification de la liste des analyses ne pouvait pas être obtenue dans le cadre de la présente procédure, mais devait faire l'objet d'une demande auprès de l'OFSP. De plus, elle a soutenu que le recourant n'avait aucun droit à obtenir une décision en constatation de la reconnaissance scientifique des analyses litigieuses puisqu'une décision formatrice était possible. Au surplus, elle a confirmé sa position et a souligné que la question de la prise en charge des analyses par les assurances complémentaires excédait le cadre du litige dès lors qu'elle était invoquée pour la première fois. Au cas où le Tribunal traiterait cette demande sous l'angle d'une action intentée dans le cadre de la loi sur le contrat d'assurance, elle précisait que les assurances complémentaires souscrites par le recourant ne permettaient pas la prise en charge de ces prestations, car les conditions d'octroi de prestations lors d'un séjour à l'étranger n'étaient pas réalisées.

28. Le 13 octobre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant.

29. Puis, le 27 novembre 2006, il a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 I 106), 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 trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). De plus, en application de l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, il connaît également en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Selon le Tribunal des conflits, dans son arrêt du 26 août 2005 (ACOM 55/2005), le Tribunal cantonal des assurances sociales est désormais saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine

de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents, que cette assurance complémentaire soit offerte tant par une caisse maladie que par une institution d'assurance privée autorisée ou non par l'office fédéral des assurance sociales.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne la prise en charge d'analyses effectuées en décembre 2000 et en novembre 2003. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la prise en charge de ces analyses doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. En matière de LAMal, le recours doit être formé par écrit dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et 64 al. 1 LPA). L'exigence de la forme écrite implique nécessairement celle d'une signature manuscrite (cf. ATF 112 Ia 173). Pour des raisons de sécurité, il y a lieu d'exiger qu'un acte de recours soit muni de la signature originale de son auteur; l'acte sur lequel la signature ne figure qu'en photocopie n'est pas valable. Même si la personne envoyant le téléfax signe l'original en sa possession, qui sert de support à la transmission, l'autorité ne saurait admettre la validité d'un acte judiciaire dont la signature ne lui parvient qu'en (télé)copie, en raison des risques d'abus (ATF 112 Ia 173, ATF 121 II 252 consid. 3).

   Le mémoire de recours envoyé par télécopieur ne comporte, par définition, qu'une copie de la signature de son auteur, ce qui est contraire aux exigences légales. Par conséquent celui qui utilise un télécopieur pour faire parvenir un tel mémoire sait d'emblée que son acte est vicié. Le recourant qui dépose un acte, dont il ne peut ignorer l'irrégularité (absence de signature), en comptant sur l'octroi d'un délai pour

en réparer le vice initial s'attend en fait à une prolongation du délai de recours. Il n'est pas justifié de protéger un tel comportement qui s'apparente à l'abus de droit, raison pour laquelle un recours ne peut pas être déposé valablement au moyen d'un télécopieur (ATF 121 II 252 consid. 4b).

L'art. 61 let. b LPGA précise que l'acte de recours devant les juridictions cantonales doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, sans quoi il convient d'impartir un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références; ATFA non publié du 28 janvier 2003, I 501/02 consid. 2.2; RAMA 1994 n° U 192 p. 150 consid. 4c).

4. En l'espèce, par fax du 9 août 2006, le recourant a demandé au Tribunal de lui accorder un délai pour répondre à la décision sur opposition du 22 juin 2006. Comme le fait remarquer avec raison l'intimée, ce fax ne constituait pas un acte de recours, mais une demande de prolongation de délai, d'une part, en raison de son contenu et, d'autre part, en raison de l'absence de validité d'un recours formé par fax. Dès lors, c'est à tort que le greffe a informé le recourant, le 11 août 2006, qu'il avait enregistré son recours et à raison qu'il lui a imparti un délai au 28 août 2006 pour satisfaire aux exigences légales formelles et matérielles, soit le dernier jour du délai non prolongé de recours. En effet, puisque la décision sur opposition a été expédiée le 22 juin 2006 en recommandée, elle a été reçue par le recourant le 26 juin 2006, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 27 juin 2006 (art. 38 al. 1 LPGA), a été suspendu du 15 juillet au 15 août 2006 (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et est arrivé à échéance le lundi 28 août 2006 (art. 38 al. 3 LPGA). Puis, le 23 août 2006, le greffe a prolongé à tort le délai pour compléter le recours puisqu'aucun recours n'avait encore été formé jusqu'ici. En conséquence, le recours du 6 septembre 2006 devrait être déclaré tardif.

Toutefois, le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4a Cst., est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreu-

ses références citées). Pour cela, les conditions cumulatives suivantes doivent être réunies : il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence, que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice, enfin, que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références).

En l'espèce, il est manifeste que le greffe a donné de fausses indications au recourant quant au délai dont il disposait pour former son recours. Le recourant a pris ses dispositions pour expédier son recours dans le délai imparti par le greffe après avoir précisé que si une prolongation du délai n'était pas possible, il souhaitait en être informé afin de pouvoir respecter le délai légal. En se fiant aux indications données par le greffe, il subit un préjudice, à savoir l'impossibilité de faire revoir sa situation juridique par le Tribunal en raison de la tardiveté de son recours. En conséquence, il doit être protégé dans la confiance qu'il a placée dans les indications données par le greffe de sorte que son recours doit être déclaré recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant au remboursement des analyses effectuées à Paris les 23 décembre 2000 et 27 novembre 2003. De plus, le recourant a également pris des conclusions quant à la prise en charge de ces analyses au titre de l'assurance-maladie complémentaire.

   La LAMal régit l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal), alors que les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont soumises au droit privé et régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; art. 12 al. 2 et 3 LAMal). Etant donné que le recourant soutient qu'il a droit à des prestations de la part de l'intimée tant sur la base de l'assurance-maladie obligatoire que sur celle de ses contrats d'assurances complémentaires, son écriture du 6 septembre 2006 est, en partie, un recours en matière de LAMal et, en partie, une demande en paiement fondée sur les assurances complémentaires relevant de la LCA. En conséquence, dans un premier temps, il y a lieu d'analyser les conclusions de l'assuré relatives au recours, puis, celles concernant sa demande en paiement.

6. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1

LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.

7. D'après l'art. 52 al. 1 let. a LAMal, après avoir consulté la Commission fédérale des analyses, le Département édicte une liste des analyses avec tarif (ch. 2). Faisant usage de cette compétence, le Département a établi la liste des analyses (LAna, annexe 3 à l'OPAS). Celle-ci n'est pas publiée dans le Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni dans le Recueil systématique (RS; art. 20 al. 3 OPAS). Cette liste des analyses est exhaustive (RAMA 2002 n° KV 196 p. 9). Aux termes de l'art. 73 OAMal, l'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation; celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. De telles limitations constituent des instruments de contrôle de l'économicité et non pas une forme de rationalisation des prestations (RAMA 2001 n° KV 158 p. 158 consid. 2d; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 101, n. 436).

   Parmi les dispositions d'exécution formelles et matérielles édictées par le Conseil fédéral aux art. 60ss OAMal, respectivement par le Département (fondé sur les art. 62 et 75 OAMal) aux art. 28ss OPAS en rapport avec la liste des analyses, l'art. 61 OAMal prévoit les conditions d'admission d'une analyse dans la liste des analyses.

8. Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévus aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'art. 36 al. 1 OAMal, le Département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25, al. 2, et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse. Le DFI, suivant en cela des recommandations de la Commission fédérale des prestations générales, s'est abstenu d'établir une liste, opération qui n'était pas réalisable en pratique (voir ATF 128 V 76 consid. 4b).

   Dans une prise de position du 19 décembre 2003 reprise dans la liste des analyes (version du 1er janvier 2006, p. 30 et 31), l'OFAS a précisé qu'au contraire des prestations médicales qui ne font pas l'objet d'une liste positive, les analyses de laboratoire sont réglées par une liste de ce type, qui ne laisse aucune marge de manoeuvre aux assureurs ou à d'autres instances. Si tel n'était pas le cas, le principe des listes positives inscrit dans la LAMal serait contourné. Cependant, des analyses qui ne sont effectuées qu'à l'étranger peuvent elles aussi être admises dans la liste des analyses sur la base d'une demande adressée à l'OFAS (OFSP depuis le 1er janvier 2004). Les analyses de laboratoire qui ne figurent pas dans la liste des analyses ne

doivent pas être remboursées, qu'elles soient effectuées en Suisse ou à l'étranger. Ces dernières ne sont remboursables que si elles figurent dans la liste des analyses avec une remarque indiquant qu'elles sont faites à l'étranger.

9. Il n'est pas contestable que les analyses pratiquées à Paris ne peuvent pas être considérées comme découlant d'une urgence dès lors que le déplacement à l'étranger en vue d'y effectuer ces analyses exclut précisément ce caractère.

Etant donné que les analyses qui ne sont effectuées qu'à l'étranger peuvent également être admises dans la liste des analyses sur la base d'une demande adressée à l'OFSP, il faut admettre qu'il n'y a pas lieu d'examiner, comme cela vaut pour un traitement fourni uniquement à l'étranger, s'il n'existe aucune possibilité de traitement en Suisse ou qu'une mesure thérapeutique effectuée en Suisse comporterait pour le patient des risques importants et notablement plus élevés qu'à l'étranger (cf. ATF 131 V 271 consid. 3.2; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Il convient, par conséquent, de vérifier si les analyses contestées figurent dans la liste des analyses avec une remarque indiquant qu'elles sont pratiquées à l'étranger. En l'espèce, après avoir examiné scrupuleusement la liste des analyses, le Tribunal n'a trouvé aucune remarque relative à l'exécution d'une analyse pratiquée à l'étranger de sorte qu'il faut en déduire qu'à ce jour, aucune analyse effectuée à l'étranger n'a été incorporée dans la liste des analyses. Par ailleurs, le recourant ne prétend pas que des analyses se trouvant dans la liste des analyses ne seraient pas pratiquées en Suisse.

En conséquence, il convient d'admettre qu'en l'état, seules les analyses effectuées dans les laboratoires suisses sont prises en charge par la LAMal. Dès lors, en tant que les analyses litigieuses de décembre 2000 et de novembre 2003 ont été pratiquées à Paris, c'est à juste titre que l'intimée a refusé leur prise en charge.

En outre, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir examiné dans sa décision sur opposition la condition de l'efficacité démontrée scientifiquement des analyses préconisées par le Prof F_____ dans le traitement de l'autisme par un régime alimentaire sans gluten et caséine.

Cet argument a trait à la motivation de la décision sur opposition. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimée n'avait pas à procéder à un tel examen dès lors que les analyses ont été pratiquées en France et que seules les analyses effectuées en Suisse sont à la charge de l'assurance des soins de la LAMal.

Par ailleurs, dans son écriture, le recourant demande à la commission compétente de l'office fédéral des assurances sociales (recte OFSP) de procéder à une révision de la validité scientifique de la liste des analyses remboursées. Le Tribunal n'étant pas compétent pour traiter cette question, il invite le recourant à saisir directement l'OFSP conformément à l'art. 61 al. 1 OAMal.

Enfin, le recourant reproche à l'intimée de ne pas lui avoir communiqué sciemment le nom des laboratoires suisses susceptibles de pratiquer les analyses prescrites par la Dresse A_____ dans le but de se soustraire à leur remboursement. Il convient de préciser que cette question ne fait pas partie de l'objet du litige puisque l'autorité administrative compétente ne s'est pas prononcée à ce sujet dans sa décision sur opposition. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être rendu (ATF 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Au demeurant, ce type de renseignement n'incombe pas à l'intimée dès lors que l'assuré a le libre choix du fournisseur de prestations remplissant les conditions des art. 36 à 40 LAMal (cf. art. 35 LAMal) et que la caisse-maladie n'a donc pas à s'immiscer dans le traitement. En conséquence, il appartient au recourant de se renseigner sur cette question auprès de son médecin, respectivement auprès d'un laboratoire.

10. Quant au litige en matière d'assurance-maladie complémentaire, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) dont l'art. 3 let. b prévoit que le for est, pour les actions dirigées contre une personne morale, celui de son siège. En l'espèce, l'intimée a son siège à Dübendorf dans le canton de Zurich. Toutefois, l'art. 32 de ses conditions générales d'assurance pour les assurances-maladie complémentaires (ci-après : CGA) prévoit que sont compétents pour toute action au sujet du présent contrat, au choix, les tribunaux du domicile en Suisse de l'assuré ou ceux du siège de l'assureur. Une telle élection de for favorable à l'assuré est admise par l'art. 9 LFors et en remplit les conditions de validité de sorte que le Tribunal de céans est également compétent pour connaître de la présente demande.

    La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais que doivent observer les assurés qui entendent contester une décision prise en matière d'assurance complémentaire, la notion de décision n'ayant de surcroît pas le même sens que dans le domaine de l'assurance obligatoire. En revanche, selon l'art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA, 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. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA).

En l'espèce, le fait faisant naître l'obligation dérivant du contrat d'assurance est la facturation des analyses effectuées à Paris en décembre 2000 et en novembre 2003, à savoir la facturation du 2 janvier 2001 pour les analyses de 2000 et celle du 14 janvier 2004 pour les analyses de 2003. En tant que le demandeur a saisi le Tribunal de céans le 6 septembre 2006, il a agi tardivement devant la juridiction compétente soit dans un délai de plus de deux ans depuis chacune des facturations, de sorte que sa demande est prescrite.

Au surplus, il n'a pas droit à une prise en charge sur la base de ses assurances complémentaires. En effet, l'assuré est notamment couvert par l'assurance complémentaire des soins TOP pour prestations spéciales, à savoir prestations pour des médicaments non obligatoires, prestations à l'étranger, assistance de personnes, frais de transport, aides visuelles, moyens et appareils, traitements d'orthopédie maxillaire pour les enfants ainsi que formes de thérapie spéciales (art. 1 des conditions supplémentaires d'assurance; ci-après : CSA). L'art. 3 des CSA concerne les prestations à l'étranger et prescrit que les coûts de traitements ambulatoires et hospitaliers aigus sont pris en charge en cas de séjour temporaire à l'étranger jusqu'à douze mois pour autant qu'il s'agisse d'une urgence et qu'un rapatriement ou un transfert dans un établissement hospitalier suisse ne puisse pas être raisonnablement exigé.

La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au CO pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Le juge s'efforcera, en premier lieu, de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions et dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de leur convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1 b).

S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 consid. 2a; 118 II 342 consid. 1a p. 344-345; 112 II 245 consid. II/1c p. 253-254). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279 consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales.

En l'espèce, selon le dictionnaire Petit Larousse (noms communs), le séjour est le fait de séjourner dans un lieu, dans un pays, pendant un certain temps. En conséquence, la notion de séjour implique une certaine durée et importance ce qui exclut

un passage de courte durée comme dans le cas du demandeur qui s'est rendu à l'étranger dans le but de procéder à des analyses (cf. ATFA du 4 juillet 2006 prévu pour la publication, I 92/05, consid. 6.3).

Enfin, le demandeur est également couvert par l'assurance complémentaire des soins SANA pour la prévention et la médecine parallèle. L'art. 2.5 CSA SANA admet une prise en charge des traitements de médecine parallèle en cas de séjour temporaire à l'étranger jusqu'à 12 mois pour autant que la personne assurée ne se rende pas à l'étranger dans le but d'y être traitée. Or, dans le cas du demandeur, il s'est précisément rendu à Paris pour y subir des analyses de sorte que, même si ces dernières devaient être considérées comme faisant partie d'un traitement de médecine parallèle, elles ne pourraient pas être prises en charge par cette assurance complémentaire.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et la demande doit être rejetée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande recevables.

Au fond :

2. Les rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, 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).

5. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 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 trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière | La présidente

Yaël BENZ | Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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