

GE_GERICHTE ATAS/642/2006 vom 6. Juli 2006

GE Cour de justice, 2006-07-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_642_2006

FR: GE_GERICHTE ATAS/642/2006 du 6 juillet 2006

IT: GE_GERICHTE ATAS/642/2006 del 6 luglio 2006

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

E. 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 1er 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, 1ère 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.

E. 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/1988/2004 - 8/12 - a) Selon l'art. 1a 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 1er janvier 2003. La jurisprudence développée à leur propos jusqu'à ce jour peut ainsi être reprise et appliquée (ATF 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 à 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.

A/1988/2004 - 9/12 - 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; ATF 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).

E. 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 à 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

A/1988/2004 - 10/12 - 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.

E. 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.

A/1988/2004 - 11/12 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.