

GE_GERICHTE ATAS/773/2011 vom 24. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_773_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/773/2011 du 24 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/773/2011 del 24 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par le recourant en date du 15 juillet 2010. Le délai de recours a commencé à courir le 16 août 2010 et est parvenu à échéance le mardi 14 septembre 2010. En effet, selon l'art. 38 al. 4 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), les délais ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Le recours, déposé le 14 septembre 2010, a dès lors été interjeté en temps utile. Déposé par ailleurs en la forme requise, le recours est ainsi recevable (art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a considéré que les frais de transports effectués par la mère du recourant, tant selon la note de frais du 29 octobre 2009 que pour se rendre quotidiennement à la clinique durant l'hospitalisation de son fils, ne devaient pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

E. 5

A titre préalable, il convient d'examiner s'il y a lieu de joindre la présente cause à la cause A/490/2011 LCA comme le demande le recourant, dans la mesure où cette dernière cause porte notamment sur la prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires.

A/3118/2010 - 11/15 - Aux termes de l'art. 70 al. 1er LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, il est vrai que les deux causes

portent en partie sur le même objet, à savoir le remboursement des frais de transports effectués par la mère du recourant. Néanmoins, elles ne sont pas régies par les mêmes règles de procédure, l'une étant soumise à la procédure relative aux assurances sociales et l'autre à la procédure relative aux assurances complémentaires. Cette différence implique en particulier que la LPGA n'est applicable qu'à la présente cause, à l'exclusion de la cause A/490/2011 LCA. Au vu de ce qui précède, il n'y a donc pas lieu de joindre les deux procédures. La Cour de céans tranchera dans le présent arrêt la seule question de la prise en charge des frais de transport par l'assurance obligatoire des soins, un arrêt séparé devant être rendu dans la cause A/490/2011 LCA.

E. 6

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. Il appartient au Département fédéral de l'intérieur (ci-après: le DFI) de désigner en détail ces prestations (art. 33 al. 2 et 5 LAMal et 33 let. g de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 - OAMal ; RS 832.102). L'art. 26 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31) prévoit à son premier alinéa que l'assurance prend en charge 50 % 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 francs par année civile. Selon l'art. 26 al. 2 OPAS, le transport doit par ailleurs être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas. Le Tribunal fédéral a estimé que l'art. 26 OPAS ne faisait aucune allusion à un genre spécifique de moyen de transport pouvant entrer en considération pour les déplacements visés par cette disposition, la seule exigence posée à cet égard ayant trait à l'adéquation du moyen utilisé, qui devait correspondre aux exigences médicales du cas (al. 2). En particulier, on ne pouvait pas déduire de ce texte que seuls devaient être remboursés les frais consécutifs à un trajet effectué au moyen d'un véhicule spécialement équipé pour le transport de malades et, si le recours à une entreprise de taxis était une solution adéquate pour se rendre chez un fournisseur de prestations, l'assuré avait droit, dans les limites fixées, au remboursement des frais en découlant (ATF 124 V 338, consid. 2.c.bb).

A/3118/2010 - 12/15 - Conformément au texte clair de l'art. 26 al. 1 OPAS, la prise en charge partielle des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué est toutefois exclue lorsque l'état de santé de l'assuré lui a permis d'utiliser un moyen de transport public ou privé. Le législateur ne définit pas précisément ce qu'il faut entendre par moyen de transport privé. Concernant l'interprétation de la loi, il faut en premier lieu se fonder sur la lettre de la disposition en cause (interprétation littérale). Si le texte de celle-ci n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de son texte sont possibles, le juge recherchera la véritable portée de la norme en la dégageant de sa relation avec d'autres dispositions, de son contexte (interprétation systématique), du but poursuivi, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique), ainsi que de la volonté de son auteur telle qu'elle ressort notamment des travaux préparatoires (interprétation historique). Le sens que prend la disposition dans son contexte est également important (ATF 131 V 90 consid. 4.1 ; voir aussi ATF 130 II 71 consid. 4.2, 129 V 165 consid. 3.5). Selon Gebhard EUGSTER, auteur

cité par l'intimée, lorsque les personnes assurées sont transportées par leurs proches, amis, connaissances ou autres personnes et institutions n'effectuant pas le transport de personnes à titre professionnel, il s'agit d'un moyen de transport privé au sens de l'art. 26 al. 1 OPAS (Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Helbing & Lichtenhahn, Bâle, Genève, Munich, 1998, p. 534). En outre, le Tribunal fédéral a précisé que les conditions de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins étaient réunies lorsqu'un assuré ne pouvait utiliser, pour des raisons médicales - attestées par un médecin - les transports publics ou son propre moyen de transport (automobile, vélo, etc.), c'est-à-dire lorsqu'il était contraint, pour se rendre chez un fournisseur de prestations, de recourir aux services d'une entreprise de transport conventionnée (art. 56 OAMal) ou, comme dans le cas d'espèce, à une entreprise de taxi (ATF 124 V 338, consid. 2.c.bb).

E. 7

En l'espèce, le recourant est atteint de troubles psychiques et sa mère a dû l'amener à la clinique de la Métairie depuis Verbier où ils séjournaient. Elle est ensuite rentrée à son domicile sis à Veyrier puis, quelques jours plus tard, a effectué le trajet aller-retour depuis son domicile pour aller rechercher son fils à la clinique. Depuis Veyrier, le recourant et sa mère sont ensuite retournés sur leur lieu de séjour à Verbier. Par ailleurs, dans la mesure où la mère du recourant est également sa représentante thérapeutique et sa mandataire, elle a dû se rendre quotidiennement à la clinique de la Métairie durant l'hospitalisation de son fils.

E. 8

Concernant tout d'abord le trajet de Verbier à la clinique de la Métairie, la Cour de céans relève que selon la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral, le

A/3118/2010 - 13/15 - remboursement des frais de transport par l'assurance est notamment soumis à la double condition pour l'assuré de n'avoir pas pu utiliser les transports publics ou son propre moyen de transport et d'avoir dû recourir aux services d'une entreprise de transport (ATF 124 V 338, consid. 2.c.bb). En l'espèce, il ne fait aucun doute que le recourant, qui a été amené à la clinique par sa mère au moyen du véhicule de cette dernière, n'a pas dû recourir à une entreprise de transport. Par ailleurs, la Cour retient avec EUGSTER que le transport effectué par un membre de la famille doit être considéré comme un moyen de transport privé. En effet, il est invraisemblable que le législateur ait voulu que les frais de transports effectués par un proche soient remboursés, à l'exclusion des frais de transports publics et des frais de transports afférents à son propre véhicule. La solidarité familiale commande d'ailleurs de retenir une certaine égalité de traitement entre le transport aux propres frais de l'assuré et celui aux frais d'un membre de sa famille. Il est en effet évident que contrairement à une entreprise de transport, un proche qui rend service à un membre de sa famille en l'emmenant à l'hôpital ne demandera aucun remboursement à ce dernier s'il ne peut répercuter les frais de transport sur l'assurance. En définitive, il convient donc de retenir que le transport effectué par la mère du recourant constitue un moyen de transport privé non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Le fait que la mère du recourant soit également sa représentante thérapeutique n'y change rien. Par conséquent, vu que le recourant a pu utiliser un moyen de transport privé et n'a pas dû recourir à une entreprise de transport pour le trajet de Verbier à la clinique de la Métairie, une condition de l'art. 26 OPAS n'est pas réalisée. Les conditions de cette disposition étant cumulatives, il n'y a pas lieu d'examiner la réalisation des autres conditions.

E. 9

Concernant les autres trajets effectués par la mère du recourant, à savoir son retour depuis la clinique à son domicile de Veyrier, son trajet aller-retour depuis son domicile pour aller rechercher son fils à la clinique et son voyage avec le recourant pour retourner à Verbier, c'est à bon droit que l'intimée a refusé leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. En effet, ils n'ont manifestement pas été occasionnés pour permettre la dispensation de soins par un fournisseur de prestations admis et le fait que la mère du recourant soit également sa représentante thérapeutique n'y change rien. Par conséquent, une condition de l'art. 26 OPAS n'est pas réalisée concernant les autres trajets susmentionnés. Dans la mesure où les conditions de cette disposition sont cumulatives, il n'y a pas lieu d'examiner la réalisation des autres conditions.

E. 10

Concernant enfin les frais de déplacements journaliers de la mère du recourant pour se rendre à la clinique durant l'hospitalisation de son fils, c'est également à bon droit

A/3118/2010 - 14/15 - que l'intimée a refusé leur remboursement. Ainsi qu'elle l'a indiqué à juste titre, ils ne sont pas visés par l'art. 26 OPAS, lequel concerne uniquement le transport médicalement indiqué de l'assuré lui-même pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis. Là encore, le fait que la mère du recourant soit également sa représentante thérapeutique n'y change rien. Par conséquent, une condition de l'art. 26 OPAS n'est pas réalisée concernant ces trajets quotidiens. Les conditions de cette disposition étant cumulatives, il n'y a pas lieu d'examiner la réalisation des autres conditions.

E. 11

Il résulte de ce qui précède que les conditions de l'art. 26 OPAS ne sont réalisées pour aucun des trajets dont le recourant demande la prise en charge à l'assurance obligatoire des soins. Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté.

E. 12

En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, seul le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Compte tenu de l'issue du litige, le recourant ne saurait dès lors se voir octroyer d'indemnité pour frais et dépens, indemnité dont on relèvera qu'elle aurait été refusée même en cas d'admission du recours, la question de savoir si la mère du recourant pourrait se voir reconnaître la qualité de mandataire professionnellement qualifié ayant déjà été tranchée par la négative dans un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 1er septembre 2005 (ATAS/711/2005).

A/3118/2010 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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