

## **GE\_GERICHTE A/3118/2010 vom 24. August 2011**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3118\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3118_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/3118/2010 du 24 août 2011

IT: GE\_GERICHTE A/3118/2010 del 24 agosto 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, représenté par Madame SG \_\_\_\_\_, domicilié à Veyrier recourant contre KPT/CPT CAISSE-MALADIE, sise 3001 Berne intimée EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 23 juillet 1967, est au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins et de plusieurs assurances complémentaires auprès de la KPT/CPT Caisse-maladie SA (ci-après: la KPT). Selon ses directives anticipées du 25 mai 2006, l'assuré a désigné sa mère, Mme SG \_\_\_\_\_, comme représentante thérapeutique et mandataire dans ses rapports avec les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG) et la psychiatrie en général. Du 28 octobre 2008 au 4 novembre 2008, l'assuré a été hospitalisé en raison de troubles psychiques à la clinique de la Métairie, sise à Nyon. En date du 9 novembre 2008, la mère de l'assuré a informé la KPT qu'elle avait dû amener son fils à la clinique depuis Verbier où ils séjournèrent, puis faire le trajet aller-retour pour aller le rechercher depuis son domicile sis à Veyrier. Elle avait remarqué, à la lecture des conditions d'assurance, que les frais de transport étaient couverts et a donc demandé des renseignements sur leur prise en charge. Par courrier du 18 décembre 2008 adressé à la KPT, la mère de l'assuré s'est étonnée de ne pas avoir eu de réponse à son courrier du 9 novembre 2008 et de ne pas avoir reçu de versement pour le remboursement des frais de transport. Le 19 décembre 2008, la KPT a demandé à la mère de l'assuré de lui indiquer les raisons précises du chemin parcouru et de lui faire parvenir une facture et une ordonnance médicale justifiant les frais de transport. Le 22 janvier 2009, la mère de l'assuré a fait parvenir à la KPT une attestation médicale datée du 20 janvier 2009, dans laquelle le Dr A \_\_\_\_\_ a expliqué que la sévérité de l'état clinique ne permettait pas à l'assuré de se rendre à la clinique ou de rentrer à la maison d'une manière autonome, de sorte qu'il était médicalement nécessaire qu'il y soit transporté. Le médecin a précisé que la mère de l'assuré avait fait ces deux transports et il a demandé à la KPT de rembourser les frais y relatifs. Dans son courrier accompagnant l'attestation médicale, la mère de l'assuré a proposé à la KPT de lui rembourser un forfait de 150 fr. par trajet, correspondant à un total de 300 fr. Par ailleurs, elle a demandé si un remboursement était envisageable pour les trajets journaliers qu'elle avait dû faire à Nyon durant l'hospitalisation de son fils. Par courrier du 27 février 2009, la mère de l'assuré a rappelé la teneur de son courrier du 22 janvier 2009 et demandé d'une part le remboursement de 300 fr. pour les frais de transport de son fils à la clinique de la Métairie et d'autre part une prise de position concernant la couverture de ses autres déplacements à la clinique de la Métairie. Le 17 mars 2009, la KPT a adressé une sommation à l'assuré. Elle lui a rappelé qu'il était encore débiteur envers elle d'une somme de 60 fr. et a attiré son attention sur les conséquences du retard de paiement, soit notamment la résiliation de sa police d'assurance complémentaire. Le 18 mars 2009, la mère de l'assuré a adressé un nouveau courrier à la KPT. Elle a rappelé qu'en vertu de procurations répétées, c'était elle qui s'occupait depuis

presque toujours des relations entre l'assurance et son fils, et que ce dernier habitait chez elle depuis environ un an. La mère de l'assuré ne comprenait pas le texte des sommations et selon elle, toutes les primes d'assurance de son fils avaient été payées. Elle a expliqué qu'il y avait des factures non encore remboursées par la KPT, soit en particulier les frais de transport d'un montant de 300 fr. en lien avec l'hospitalisation de son fils à la clinique de la Métairie, ainsi qu'éventuellement les frais de déplacement journaliers qu'elle avait dû effectuer pour assurer les soins et l'alimentation de son fils, de même que le ménage de sa chambre à la clinique. Dans la mesure où elle avait déjà adressé une douzaine de courriers à la KPT concernant l'hospitalisation de son fils à la clinique de la Métairie, elle a demandé une indemnité de 120 fr. pour la dédommager de tous les problèmes que la KPT lui avait causé dans cette affaire. En date du 17 avril 2009, la mère de l'assuré a transmis à la KPT une procuration lui donnant le pouvoir de représenter son fils, signée par ce dernier. Elle a également informé la KPT du fait que la DAS Protection Juridique SA (ci-après: la DAS) avait été mandatée pour la défense des intérêts de l'assuré. Le 18 mai 2009, la DAS a adressé un courrier à la KPT, reprenant les différents litiges opposant cette dernière à l'assuré. Concernant les frais de transport, elle a notamment rappelé que la mère de l'assuré avait dû conduire elle-même son fils à la clinique de la Métairie car il n'était pas à même de se déplacer par ses propres moyens. Elle avait ainsi dû effectuer le trajet suivant: Verbier - Nyon - Veyrier (entrée à la Clinique), et Veyrier - Nyon - Veyrier (retour au domicile). Dans la mesure où la KPT était déjà en possession de toutes les informations et justificatifs utiles, la DAS l'a invité à bien vouloir procéder au paiement. Par courrier du 5 juin 2009, la KPT a refusé la prise en charge des frais de transport de la mère de l'assuré, dans la mesure où les conditions fixées dans les conditions générales et spéciales d'assurance n'étaient pas remplies, soit en particulier parce qu'il s'agissait d'un déplacement avec la voiture d'un membre de la famille. Le 18 juin 2009, la DAS a adressé un nouveau courrier à la KPT. Elle a indiqué que l'assuré restait en attente du remboursement des frais de transport suite à son séjour à la clinique de la Métairie. En effet, la DAS estimait que les conditions d'assurance n'excluaient pas le remboursement des frais de déplacement lorsque celui-ci était assuré par un membre de la famille. D'ailleurs, l'une des collaboratrices de la KPT avait confirmé à l'assuré que ces frais seraient pris en charge et avait demandé l'envoi des documents nécessaires au remboursement. La KPT a répondu en date du 16 juillet 2009, rappelant que les conditions fixées dans les conditions générales et spéciales d'assurance n'étaient pas remplies et qu'elle ne pouvait dès lors pas rembourser les frais de transport de la mère de l'assuré. Par courrier du 17 août 2009 adressé à la KPT, la DAS a notamment relevé que dans la mesure où l'assuré n'était pas à même de se déplacer par ses propres moyens, les frais de transport devaient être pris en charge par le biais de l'assurance obligatoire des soins et, cas échéant, des assurances complémentaires. A ce propos, elle a rappelé que les conditions générales d'assurance n'excluaient aucunement le remboursement des frais de déplacement lorsque celui-ci était assuré par un membre de la famille. Si cela devait toutefois être le cas, la KPT était invitée à indiquer l'article de ses conditions générales le stipulant. La KPT a répondu le 28 septembre 2009. Concernant les frais de transport, elle a indiqué que comme convenu, elle attendait une facture détaillée pour les transports d'urgence effectués afin d'examiner une nouvelle fois le droit aux prestations. La KPT a toutefois rappelé qu'en tout état de cause, les trajets de retour n'étaient pas pris en charge. Le 9 novembre 2009, la DAS a transmis à la KPT une note de frais établie le 29 octobre 2009 par la mère de l'assuré et a demandé le remboursement des montants dus sur cette base. La note de frais consistait en une description des trajets effectués par la mère de l'assuré, à

savoir Verbier - La Métairie - Veyrier, Veyrier - La Métairie - Veyrier, et Veyrier - Verbier, pour un total de 490 km. Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2009, la KPT a refusé de prendre en charge les frais de transport basés sur la note de frais établie par la mère de l'assuré au motif qu'elle n'était pas en possession de la facture de l'accompagnant, lequel ne devait pas être un membre de la famille. En effet, la KPT a rappelé qu'aucune prestation n'était allouée pour les déplacements avec la propre voiture ou une voiture conduite par un membre de la famille. En date du 29 janvier 2010, la DAS a indiqué à la KPT qu'elle était en désaccord avec cette prise de position. Elle a rappelé que le transport de l'assuré à la clinique de la Métairie était médicalement indispensable, conformément à l'attestation du Dr A\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, ni la LAMal ni les conditions d'assurance ne permettaient selon elle d'exclure la prise en charge des frais de transport encourus par les membres de la famille. La DAS a finalement demandé à la KPT de rendre une décision formelle en cas de nouveau refus. Par décision formelle du 3 mars 2010, la KPT a refusé la prise en charge des frais de transport de l'assuré sur la base de la note de frais établie par sa mère pour les trajets aller-retour du 28 octobre 2008 au 4 novembre 2008, d'un montant de 300 fr. Elle a en effet expliqué qu'il s'agissait de transports privés effectués par un membre de la famille et non pas par une entreprise de transport reconnue par la LAMal. Par conséquent, les conditions mentionnées à l'art. 26 OPAS n'étaient pas remplies et la KPT ne pouvait pas procéder au remboursement. Le 14 avril 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de la DAS, a formé opposition contre cette décision. Selon lui, ni la loi ni la jurisprudence n'excluaient les transports effectués par un membre de la famille et la seule exigence pour la prise en charge des frais de transport était l'adéquation du moyen de transport utilisé, qui devait correspondre aux exigences médicales du cas. Or, le transport de l'assuré au moyen du véhicule de sa mère était le seul moyen de transport adéquat au vu des exigences médicales du cas. Il a ainsi produit un nouveau certificat médical du Dr A\_\_\_\_\_, daté du 26 mars 2010, qui précisait celui du 20 janvier 2009. Le médecin écrivait notamment que vu les problèmes médicaux et pratiques qu'aurait causé un éventuel transport en ambulance ou en taxi, le seul type de transport médicalement envisageable était un déplacement dans la voiture de sa mère en compagnie de celle-ci. Dans son opposition, l'assuré a également souligné que le transport au moyen du véhicule de sa mère était adéquat du point de vue économique. En définitive, il a estimé que les exigences légales étaient remplies et a conclu à l'annulation de la décision du 3 mars 2010, ainsi qu'à la prise en charge des 50% des frais de transport, à hauteur de 300 fr. minimum, pour les trajets Verbier - clinique de la Métairie - Veyrier et Veyrier - clinique de la Métairie - Veyrier. Le 21 mai 2010, sur demande de l'assuré, la KPT a renoncé à la prescription jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, concernant notamment les frais de transport datant des 28 octobre 2008 et 4 novembre 2008 qui ne seraient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Par décision du 14 juillet 2010, la KPT a rejeté l'opposition de l'assuré et refusé la prise en charge de ses frais de transport selon la note de frais du 29 octobre 2009 établie par sa mère et limitée, dans l'opposition, aux trajets Verbier - clinique de la Métairie - Veyrier et Veyrier - clinique de la Métairie - Veyrier. Dans sa motivation, elle a considéré que l'état de l'assuré lui avait permis d'utiliser un moyen de transport privé, à savoir le véhicule de sa mère, qui était probablement le moyen de transport le plus adapté et qui correspondait aux exigences médicales du cas. Il importait peu que ce soit le seul moyen adapté, ce qui avait de l'importance étant uniquement le fait qu'il s'agisse d'un moyen de transport privé. La KPT a encore rappelé qu'il n'y avait pas de droit à la substitution. En définitive, dans la mesure où l'assuré avait pu utiliser un moyen de transport privé et n'avait pas été contraint de recourir à

une entreprise de transport, les conditions de la prise en charge des frais de transport par l'assurance obligatoire des soins n'étaient pas remplies. S'agissant de la prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires, la KPT a rappelé qu'elle n'était pas autorisée à statuer par la voie de la décision sur opposition. Par acte du 14 septembre 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mère, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS) contre cette décision. Dans son courrier d'accompagnement, il a expliqué qu'il existait plusieurs litiges l'opposant à la KPT et que si le présent recours ne portait que sur la prise en charge des frais de transport selon la LAMal, il déposerait prochainement une écriture sur des litiges relevant de la LCA (transport à la clinique de la Métairie, "payback" pour une hospitalisation à la clinique de Belle-Idée et remboursement du médicament Bioflorin). Il a demandé la jonction de ces différentes affaires, relevant d'une part de la LAMal et d'autre part de la LCA, ainsi qu'un délai pour écrire le deuxième mémoire et, cas échéant, lui permettre de compléter son recours. Dans son recours, l'assuré a contesté avoir abandonné le remboursement des kilomètres encourus pour le retour à Verbier et le fait que l'art. 26 OPAS exclurait tout transport privé de la prise en charge par la caisse maladie. Il a rappelé que le transport au moyen du véhicule de sa mère était le seul moyen de transport adéquat au vu des exigences médicales du cas, ce moyen étant d'ailleurs également adéquat du point de vue économique. L'assuré souhaitait en outre que la KPT se prononce sur une éventuelle prise en charge des frais de déplacements journaliers de sa mère qui venait le voir, en tant que représentante thérapeutique et mandataire, à la clinique Métairie depuis son domicile à Veyrier. En définitive, l'assuré a préalablement conclu à la jonction des différentes affaires l'opposant à la KPT relevant d'une part de l'assurance de base et d'autre part des assurances complémentaires, ainsi qu'à la convocation de sa mère pour une audition. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision du 14 juillet 2010, à la condamnation de la KPT au paiement du 50% des frais encourus pour son transport à et de la clinique de la Métairie et au renvoi de l'affaire à la KPT pour détermination sur les autres frais de déplacement de sa mère à la clinique de la Métairie. Dans sa réponse du 18 octobre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la confirmation de sa décision du 14 juillet 2010 et à la constatation du fait qu'elle ne devait pas prendre en charge les frais de déplacement de la mère du recourant pour rendre visite à son fils. Elle a tout d'abord rappelé qu'il n'y avait pas de droit à la substitution. Concernant le trajet Verbier - clinique de la Métairie le jour de l'hospitalisation, l'intimée n'a pas contesté que le transport dans la voiture de la mère correspondait aux exigences médicales du cas. En revanche, après interprétation de la loi, de la jurisprudence et de la doctrine, elle a estimé qu'il s'agissait d'un moyen de transport privé qui n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Concernant les autres trajets, elle a estimé qu'ils devaient de toute manière être refusés car ils n'avaient pas été occasionnés pour permettre la dispensation de soins par un fournisseur de prestations admis. Concernant encore les frais de déplacements journaliers de la mère du recourant pour rendre visite à son fils, ils ne devaient pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans la mesure où ils n'étaient pas visés par l'art. 26 OPAS, qui concernait uniquement le transport médicalement indiqué de l'assuré lui-même pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis. Dans sa réplique du 30 novembre 2010, le recourant a maintenu ses conclusions initiales. Il a tout d'abord insisté sur le fait que sa mère était sa représentante thérapeutique, de sorte que sa présence était impérative lors de son arrivée à la clinique de la Métairie et lors de sa sortie, pour que des décisions adéquates puissent être prises. Vu les difficultés de la prise en charge médicale, la présence de sa mère

avait également été nécessaire sur le plan thérapeutique la plupart des autres jours d'hospitalisation et on ne pouvait donc absolument pas parler de visites d'une mère à son fils puisque chaque jour, il fallait discuter avec le personnel médical et soignant et prendre des décisions de traitement et de soins. Concernant le transport à et de la clinique de la Métairie dans la voiture de sa mère, le recourant a rappelé qu'aucun autre mode de transport n'était, à l'époque, médicalement envisageable, ce que l'intimée ne contestait d'ailleurs pas. Vu le statut de représentante thérapeutique de sa mère, on ne pouvait pas parler de "frais de transport engendrés par ses proches", de "prestations qui font partie de la solidarité familiale" ou de "personnes physiques qui rendent un simple service". Selon le recourant, rien dans la jurisprudence n'excluait d'ailleurs la prise en charge par l'assurance de base de tels transports privés. Le recourant a encore précisé qu'il n'y avait pas eu de véritable substitution, vu qu'aucune autre solution n'était alors médicalement indiquée. Concernant enfin les autres frais de déplacement, il a rappelé le statut de représentante thérapeutique de sa mère et estimé qu'ils avaient eu lieu pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis. Le 20 février 2011, le recourant, par l'intermédiaire de sa mère, a déposé auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), alors compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la demande en paiement concernant ses assurances complémentaires qu'il avait annoncée dans son recours du 14 septembre 2010, cause enregistrée sous le numéro A/490/2011.

Concernant les frais de transport des 28 octobre au 4 novembre 2008 non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, il a estimé que l'assurance de base devait les couvrir à hauteur de 50% et que les assurances complémentaires devaient couvrir la différence. Au cas où la Cour ne serait pas de cet avis, l'une et/ou l'autre des assurances complémentaires devaient selon lui couvrir l'intégralité des frais, dans la mesure où aucune disposition de ces assurances n'excluait un transport effectué par la représentante thérapeutique de l'assuré. Préalablement, il a conclu à ce que la demande soit jointe au recours portant sur l'assurance de base déposé le 14 septembre 2010 et à ce que la Cour prévoie de discuter de cette demande lors de l'audience des mandataires convoquée pour le 23 mars 2011.

Principalement, il a conclu à ce que la Cour statue sur les questions de principes soulevées et dise que la KPT devait lui payer les sommes dues. Dans sa réponse du 21 mars 2011, la KPT a conclu au rejet de la demande du 20 février 2011, à ce que la Cour prononce que les frais de déplacement de la mère du recourant n'étaient pas à sa charge, que le médicament Bioflorin n'était pas à sa charge et de ce fait qu'elle n'était pas débitrice du recourant pour cette somme et, enfin, qu'elle n'était pas débitrice de la prestation de "payback" pour l'hospitalisation du 20 au 28 avril 2009. Concernant les frais de transport, elle a considéré que le seul trajet pouvant encore faire l'objet d'un litige concernant les assurances complémentaires était celui qui avait mené le recourant de Verbier à la clinique de la Métairie, étant donné que les autres trajets ne remplissaient pas le critère de l'urgence et qu'ils n'avaient pas pour but d'amener le recourant vers l'hôpital le plus proche. S'agissant donc du trajet de Verbier jusqu'à la clinique de la Métairie, son remboursement devait être refusé pour deux motifs: d'une part, le transport n'avait pas servi à emmener l'assuré vers l'hôpital le plus proche et d'autre part, il n'avait pas été effectué par un fournisseur de prestations au sens de l'art. 3 des conditions générales d'assurance. La KPT ne contestait en revanche pas l'urgence médicale. Vu le renvoi des conditions générales d'assurance à la LAMal, il fallait selon elle raisonner par analogie avec cette loi et conclure que l'assuré ne pouvait ni se faire rembourser ses propres frais de transport, ni se faire rembourser d'autres frais de transport privé, notamment ceux engendrés par un membre de sa famille. En date du

23 mars 2011, une audience de comparution des mandataires des parties s'est tenue devant la Cour de céans dans les causes LAMal et LCA. Concernant la présente cause portant sur l'assurance de base, la mandataire du recourant a expliqué qu'elle se trouvait au chalet à Verbier en compagnie de son fils et qu'elle ne pouvait pas le laisser seul, vu son état. La situation du recourant était grave depuis plusieurs années et le médecin qui le suivait aux HUG avait repris la direction de la clinique de la Métairie. Son fils avait fait de très mauvaises expériences lors d'un transport en ambulance à la clinique de Belle-Idée lors d'une hospitalisation non volontaire. Il avait été attaché par les ambulanciers, les bras dans le dos, et cela l'avait très gravement perturbé. Il n'y avait aucune autre solution médicalement adaptée à la situation. Seule la mandataire, qui était aussi sa mère et sa répondante thérapeutique, pouvait donc amener le recourant à la clinique de la Métairie dans son propre véhicule. Elle devait être là, quelle que soit la capacité de discernement du recourant, pour toute décision thérapeutique, ce en vertu des directives anticipées. Elle a encore expliqué que son fils pouvait se monter agressif verbalement, voire physiquement, en raison de la panique en présence de tiers. Elle n'avait pas d'autres solutions que de prendre sa voiture et de l'amener à la clinique. De son point de vue, seuls les déplacements que l'assuré pouvait effectuer lui-même n'étaient pas remboursés d'après la jurisprudence. Elle n'avait pour sa part facturé que des sommes ridicules pour ces déplacements. La mandataire du recourant a également contesté la position de l'intimée qui affirmait que la clinique de la Métairie n'était pas l'hôpital le plus proche. La représentante de l'intimée a expliqué que du point de vue de l'intimée, même si la mandataire du recourant était sa représentante thérapeutique, elle n'en restait pas moins sa mère, soit un membre de sa famille. A ce titre, elle ne pouvait prétendre au remboursement des frais de transport avec son propre véhicule. La représentante de l'intimée n'a pas pu répondre à la question de savoir si la position de l'intimée aurait été la même si le représentant thérapeutique avait été un tiers. Le critère déterminant lui semblait être de savoir si le tiers aurait facturé les frais de transport. Dans ses observations du 29 mars 2011, portant sur le mémoire de l'intimée du 21 mars 2011 et sur l'audience du 23 mars 2011, le recourant a maintenu toutes ses conclusions quant aux sommes dues par l'intimée. Concernant le trajet Verbier - clinique de la Métairie le jour de l'hospitalisation, il a rappelé que sa mère l'avait amené à la clinique en tant que représentante thérapeutique et il a invoqué le principe d'égalité de traitement. Pour ce qui était de l'hôpital le plus proche, le recourant a expliqué qu'il n'était pas possible d'hospitaliser quelqu'un dans un hôpital psychiatrique public d'un autre canton que celui de son domicile, même en division privée, sauf éventuellement en tant que patient privé du professeur. Pour ce qui était des établissements privés, le recourant ne possédait la garantie de prise en charge par l'intimée que pour la clinique de la Métairie. La clinique de Prangins, qui aurait également pu entrer en ligne de compte, n'était guère plus proche. Concernant les autres trajets, et notamment ceux où la mère du recourant était seule en voiture, il était évident qu'elle ne pouvait pas rester vingt-quatre heures sur vingt-quatre à la clinique de la Métairie et, comme c'était le cas des ambulances ou des taxis, ce problème pouvait se résoudre par le biais du tarif à appliquer. Quant à l'absence prétendue d'urgence pour le retour du recourant à Veyrier, comme il ne pouvait toujours pas se déplacer seul et qu'il ne pouvait pas rester à la clinique de la Métairie, il y avait urgence à le faire transporter quelque part, en l'occurrence au domicile de sa mandataire. Dans ses observations du 18 avril 2011, l'intimée a maintenu ses dernières conclusions. Elle n'est pas revenue sur le problème des frais de transport et a renvoyé la Cour de céans aux considérations développées dans ses mémoires de réponse des 18 octobre 2010 et 21 mars 2011. Cette

écriture a été communiquée au recourant en date du 19 avril 2011. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 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). 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. 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. Aux termes de l'art. 70 al. 1<sup>er</sup> 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. 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). 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 dégagant 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). 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. 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 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. 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. 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 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. 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. 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 1<sup>er</sup> septembre 2005 ( ATAS/711/2005 ). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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