Urteilskopf

124 V 338

57. Arrêt du 2 septembre 1998 dans la cause Helsana Assurances SA contre J. et Tribunal administratif du canton de Neuchâtel
Regeste (de):
Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG; Art. 56 KVV; Art. 26 KLV: Transportkosten.

- Anspruch einer Versicherten auf einen Beitrag an medizinisch notwendige Transportkosten bei Fehlen einer Vereinbarung zwischen dem Krankenversicherer und einem Transportunternehmen am Wohnsitz der Versicherten. Das Vorliegen eines Tarifvertrages zwischen Sozialversicherer und Leistungserbringer ist nicht Voraussetzung für den Anspruch auf Versicherungsleistungen.

- Die Kantone sind nicht verpflichtet, eine Liste der Transport- und Rettungsunternehmen aufzustellen, welche befugt sind, ihre Tätigkeiten auf Kosten der Krankenversicherer auszuüben.

- Begriff der medizinisch notwendigen Transportkosten. Stellt die Inanspruchnahme eines Taxiunternehmens im konkreten Fall eine adäquate Lösung dar, hat der Versicherte unter den in Art. 26 KLV aufgestellten Bedingungen und im Rahmen der dort festgehaltenen Grenzen Anspruch auf Vergütung der dadurch anfallenden Kosten.

Art. 87 lit. g KVG: Parteientschädigung für das kantonale Verfahren. Der als Beistand oder Vormund bezeichnete Anwalt, der den Prozess der verbeiständeten oder bevormundeten Person erfolgreich führt, hat Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Regeste (fr):
Art. 25 al. 2 let. g LAMal; art. 56 OAMal; art. 26 OPAS: Frais de transport.

- Droit d'une assurée à une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires en l'absence de convention entre l'assureur-maladie et une entreprise de transport au domicile de l'assurée. L'existence d'une convention tarifaire entre l'assureur social et le fournisseur de prestations n'est pas, en soi, une condition du droit aux prestations d'assurance.

- Les cantons n'ont pas l'obligation d'établir une liste des entreprises de transport et de sauvetage autorisées à exercer leur activité à la charge des assureurs-maladie.

- Que faut-il entendre par frais de transport médicalement nécessaires? Si le recours à une entreprise de taxi est une solution adéquate dans le cas concret, l'assuré a droit, aux conditions requises et dans les limites fixées par l'art. 26 OPAS, au remboursement des frais qui en découlent.

Art. 87 let. g LAMal: Dépens pour la procédure cantonale. L'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille peut prétendre des dépens.

Regesto (it):
Art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal; art. 56 OAMal; art. 26 OPre: Spese di trasporto.

- Diritto di un'assicurata a un contributo alle spese per trasporti indicati dal profilo medico in assenza di una convenzione tra l'assicurazione malattie e un'impresa di trasporto al domicilio dell'interessata. Il diritto a prestazioni assicurative non è subordinato all'esistenza di una convenzione tra l'assicuratore sociale e il fornitore delle prestazioni.

- I cantoni non sono tenuti ad allestire un elenco delle imprese di trasporto e di salvataggio autorizzate a esercitare la loro attività a carico delle assicurazioni malattie.

- Nozione di spese per trasporti indicati dal profilo medico. Se il far capo a un'impresa di tassì si rivela essere una soluzione adeguata nel caso concreto, l'assicurato ha diritto, adempiuti i requisiti e nei limiti posti dall'art. 26 OPre, al rimborso delle spese che ne risultano.

Art. 87 lett. g LAMal: Ripetibili per la procedura cantonale. L'avvocato designato curatore o tutore che con successo agisce in giudizio per il curatelato, rispettivamente per il tutelato, può pretendere ripetibili.

Sachverhalt ab Seite 339

BGE 124 V 338 S. 339

A.- J., née en 1915, domiciliée à Neuchâtel, a présenté en avril 1996 une insuffisance rénale aiguë sur déshydratation ayant nécessité une dialyse. Elle souffre en outre de diverses affections, dont d'importantes douleurs au genou droit sur une chondrocalcinose ce qui, au dire du médecin traitant, rend l'usage des transports publics impossible et nécessite, depuis le 14 mai 1996, le recours au transport par voiture ou par taxi pour se rendre aux consultations dudit médecin, toutes les deux ou trois semaines, ainsi qu'à des séances de physiothérapie.
Représentée par son curateur, G., avocat à X, Dame J. a demandé à sa caisse-maladie, HELSANA Assurances SA (ci-après: la caisse), le 9 octobre 1996, de prendre en charge des frais de taxi s'élevant à 471 fr. 80 pour la période du 5 juin au 2 octobre 1996. La caisse a refusé toute prestation à ce titre, d'abord par lettre du 21 octobre 1996, puis par décision formelle du 20 janvier 1997 et, finalement, par décision sur opposition du 7 avril 1997. Elle a considéré, en bref, qu'elle n'avait pas à intervenir, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, pour des frais de transport par taxi, en l'absence d'une liste des entreprises de transport reconnues par le canton de domicile de l'assurée et, par conséquent, d'une convention tarifaire entre elle-même et l'entreprise de taxi à laquelle l'assurée a fait appel.

BGE 124 V 338 S. 340

B.- Saisi d'un recours de Dame J., le Tribunal administratif du canton de Neuchâtel l'a admis par jugement du 27 août 1997 et dit que l'assurée avait droit au remboursement par la caisse d'une somme de 235 fr. 90 plus intérêts à 5 pour cent dès le 21 octobre 1996. Il a en outre condamné la caisse à verser à Dame J. une indemnité de dépens de 500 francs. L'autorité cantonale de recours a considéré que les frais de transport litigieux devaient, conformément aux prescriptions du droit fédéral, être supportés à raison de 50 pour cent par la caisse, bien que celle-ci n'ait conclu aucune convention tarifaire avec l'entreprise de taxi en cause, ni avec aucune autre entreprise de transport neuchâteloise. Une caisse ne saurait, en effet, s'affranchir de ses obligations à l'égard de ses assurés en s'abstenant de conclure une convention avec un ou plusieurs fournisseurs de prestations.

C.- La caisse interjette recours de droit administratif et demande au Tribunal fédéral des assurances d'annuler le jugement attaqué. Dame J. conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) propose de l'admettre. Les parties se sont exprimées sur le préavis de l'OFAS, chacune persistant dans ses conclusions.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. a) Dans la procédure de recours concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances n'est pas limité à la violation du droit fédéral - y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation - mais s'étend également à l'opportunité de la décision attaquée. Le tribunal n'est alors pas lié par l'état de fait constaté par la juridiction inférieure, et il peut s'écarter des conclusions des parties à l'avantage ou au détriment de celles-ci (art. 132 OJ; ATF 121 V 222 consid. 1, 366 s. consid. 1c, ATF 120 V 448 consid. 2a/aa, ATF 117 V 306 consid. 1a). b) Le Tribunal fédéral des assurances n'étant pas lié par les motifs que les parties invoquent (art. 114 al. 1 en corrélation avec l'art. 132 OJ), il examine d'office si le jugement attaqué viole des normes de droit public fédéral ou si la juridiction de première instance a commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation (art. 104 let. a OJ). Il peut ainsi admettre ou rejeter un recours sans égard aux griefs soulevés par le

recourant ou aux raisons retenues par le premier juge (ATF 122 V 36 consid. 2b, ATF 119 V 28 consid. 1b, 442 s. consid. 1a et les références).

2. a) 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. D'après 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 Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette délégation aux art. 26 (pour les frais de transport) et 27 (pour les frais de sauvetage) de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31). 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 francs par année civile (al. 1). Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas (al. 2). b) La recourante soutient qu'on ne saurait, comme le fait la juridiction cantonale, lui reprocher de n'avoir conclu aucune convention avec une entreprise de transport neuchâteloise du moment que le canton de Neuchâtel a omis, jusqu'à présent, d'établir une liste des entreprises de transport qu'il juge aptes à exercer à la charge des assureurs-maladie. Tant que cette condition n'est pas remplie, lesdits assureurs ne sont pas en mesure de conclure une convention tarifaire et ne peuvent donc être astreints à prendre en charge des frais de transport aux conditions fixées par la loi.
aa) La recourante perd toutefois de vue que l'existence d'une convention tarifaire entre l'assureur social et le fournisseur de prestations n'est pas, en soi, une condition du droit aux prestations d'assurance, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà jugé, à propos de la prise en charge par l'assurance-invalidité des frais d'un traitement médical entrepris dans un établissement hospitalier ou de cure, en application de l'art. 14 al. 2 LAI (RCC 1976 p. 530 s. consid. 2b). Selon un principe fondamental du droit fédéral de l'assurance-maladie, tout assureur autorisé à gérer l'assurance obligatoire des soins en vertu des art. 11 et 13 LAMal

doit être en mesure d'allouer à ses assurés en tout temps, dans son rayon d'activité territorial, l'ensemble des prestations générales en cas de maladie qui sont énumérées à l'art. 25 LAMal. En particulier, la loi fait obligation à l'institution d'assurance autorisée à pratiquer l'assurance-maladie sociale de garantir l'égalité de traitement des assurés (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ainsi que de disposer d'une organisation et de pratiquer une gestion qui garantissent le respect des dispositions légales (art. 13 al. 2 let. b LAMal). S'agissant de la contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage, elle est due aux conditions et dans les limites fixées par le DFI aux art. 26 et 27 OPAS. S'il n'existe pas de convention tarifaire pour de tels frais, soit à l'échelon national, soit à l'intérieur d'un canton, il incombe aux assureurs-maladie d'entreprendre toutes démarches utiles afin d'en conclure une, en se conformant aux principes applicables dans ce domaine (cf. plus spécialement les art. 43 et 46 LAMal) ou, à défaut, de mettre en oeuvre la procédure prévue à l'art. 47 LAMal en l'absence de convention tarifaire. bb) Il est vrai qu'aux termes de l'art. 56 OAMal, sous le titre "Entreprises de transport et de sauvetage", le Conseil fédéral a prévu que celui qui est admis en vertu du droit cantonal et qui conclut un contrat sur les transports et le sauvetage avec un assureur-maladie est autorisé à exercer son activité à la charge de cet assureur. On ne saurait cependant déduire de cette disposition réglementaire que chaque canton a l'obligation d'établir une liste des entreprises de transport et de sauvetage admises à pratiquer aux frais de l'assurance-maladie, comme c'est le cas, par exemple, pour les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux, en vertu de l'art. 39 al. 1 let. e et al. 3 LAMal. Bien plutôt faut-il comprendre l'art. 56 OAMal comme une condition formelle à l'approbation d'une convention tarifaire par l'autorité compétente (art. 46 al. 4 LAMal). Cela signifie, contrairement à ce que soutient la recourante, que l'initiative dans ce domaine n'incombe pas prioritairement aux cantons mais aux assureurs-maladie qui doivent, à cette fin, conclure des conventions avec les entreprises de transport et de sauvetage aptes à fournir à leurs assurés les prestations garanties par la loi, puis en requérir l'approbation par l'autorité compétente. Si l'entreprise partie à la convention n'est pas encore admise en vertu du droit cantonal, le contrat sera soumis à la condition (résolutoire) qu'elle obtienne cette reconnaissance. Rien n'empêche d'ailleurs les partenaires à la convention de conduire les deux procédures en parallèle. On peut au demeurant relever

que le droit neuchâtelois, ici en cause, contient des prescriptions relatives aux transports de patients à l'art. 117 de la loi de santé du 6 février 1995 (RSN 800.1). cc) En conclusion et comme l'admet d'ailleurs l'OFAS dans son préavis, la recourante ne saurait tirer argument de l'absence de convention entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations pour refuser le remboursement des frais de transport litigieux. c) Si l'OFAS propose néanmoins d'admettre le recours, c'est pour d'autres motifs que ceux invoqués par la recourante. Il soutient, en effet, que les frais de taxi encourus par l'intimée n'étaient pas des frais de transport médicalement nécessaires au sens de l'art. 25 al. 2 let. g LAMal. S'appuyant sur les travaux préparatoires de la loi, il fait valoir que le législateur a voulu exclure les frais de voyage (notamment les frais de taxi, de bus ou de tram) du catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. De plus, le texte de l'art. 26 al. 1 OPAS, où il est question de "frais occasionnés par un transport médicalement indiqué (...) lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé" semble exclure les moyens de transport ordinaires tels que la voiture personnelle, le bus ou le taxi. Et l'OFAS en déduit que seuls les véhicules spécialement équipés en vue du transport des malades seraient ici visés. D'après lui, l'assurance couvre uniquement les frais supplémentaires de transport liés à l'état de santé du patient (ce dernier nécessitant des soins en cours de trajet par exemple ou ne pouvant être transporté que couché), et non les frais consécutifs à un trajet effectué par un moyen de transport ordinaire. aa) L'art. 25 al. 2 let. g LAMal, destiné à remédier à ce que d'aucuns considéraient comme une lacune de l'ancien droit (cf. ATF 118 V 173 ss consid. 2), trouve son origine dans le projet de loi présenté par la Commission d'experts pour la révision de l'assurance-maladie, dans son rapport

du 2 novembre 1990. En effet, selon l'art. 14 al. 2 let. f de ce projet, les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins devaient comprendre "les frais de transport médicalement nécessaires ainsi que les frais de sauvetage, jusqu'à concurrence d'un montant maximal fixé par le Conseil fédéral". Pour sa part, le Conseil fédéral, sensible aux critiques adressées au cours de la procédure de consultation à cette formulation, jugée trop large, proposait une rédaction plus restrictive, limitée à une participation aux frais de transport d'urgence et de sauvetage (Message concernant la révision de l'assurance-maladie, du

6 novembre 1991, FF 1992 I 135 et 250 ad art. 19 al. 2 let. f du projet de loi). Dans sa séance des 4/6 novembre 1992, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, après une discussion où il apparaît que c'est avant tout l'administration qui défendait une conception très restrictive de cette nouvelle prestation, a décidé, par 6 voix contre 4, de donner la préférence à la version de la commission d'experts ("medizinisch notwendige Transportkosten" au lieu de "Transportkosten bei Notfällen"). Cette proposition (p. 57 du procès-verbal de la commission) a été acceptée sans discussion par le Conseil des Etats dans sa séance du 16 décembre 1992 (BO 1992 CE p. 1293 s., 1298) et suivie, également sans discussion, par le Conseil national dans sa séance du 5 octobre 1993 (BO 1993 CN p. 1837 ss) pour devenir l'actuel art. 25 al. 2 let. g LAMal. On constate ainsi que, s'agissant de la définition des frais de transport à la charge de l'assurance, le législateur a préféré la rédaction de la commission d'experts à celle, plus restrictive, du Conseil fédéral et de l'administration. En revanche, l'exécutif a été suivi en ce qui concerne l'étendue de cette prise en charge, limitée à une contribution s'élevant en l'occurrence à 50 pour cent des frais et seulement jusqu'à concurrence de 500 francs par année civile. En réalité, la conception défendue ici par l'OFAS repose essentiellement sur les déclarations faites lors de la séance déjà mentionnée de la commission parlementaire par le directeur de l'office, représentant l'administration, mais dont le point de vue, comme on l'a dit, n'a pas prévalu. bb) Cette conception ne cadre pas non plus avec le texte de l'art. 26 OPAS. Celui-ci ne fait 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 doit correspondre aux exigences médicales du cas (al. 2). En particulier, on ne peut pas déduire de ce texte que seuls doivent être remboursés les frais consécutifs à un trajet effectué au moyen d'un véhicule spécialement équipé pour le transport de malades. Dès lors, lorsqu'un assuré ne peut 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 est contraint, pour se rendre chez un fournisseur de prestations, comme l'exige l'art. 26 al. 1 OPAS, de recourir aux services d'une entreprise de transport conventionnée (art. 56 OAMal), les conditions de la prise en charge par

l'assurance obligatoire des soins sont réunies. Si, dans ce cas, le recours à une entreprise de taxis est une solution adéquate, l'assuré a droit, dans les limites fixées, au remboursement des frais qui en découlent. La modicité du montant couvert par l'assurance (moitié des frais effectifs mais 500 francs au plus par année civile) est, quoi qu'il en soit, le moyen le plus efficace d'éviter un recours abusif à cette prestation. d) En l'espèce, sur le vu des attestations du médecin traitant de l'assurée, on doit admettre que celle-ci ne peut utiliser les transports publics ou un propre moyen de transport pour se rendre aux consultations de son médecin traitant et à des séances de physiothérapie. On a vu d'autre part que l'absence de convention entre l'assureur-maladie et une entreprise de transport au domicile de l'assurée n'est pas, en l'occurrence, une condition du droit aux prestations. C'est donc à bon droit que les premiers juges ont statué que l'intimée avait droit au remboursement

de ses frais de transport en taxi jusqu'à concurrence de la moitié des frais effectifs (la limite de 500 francs par année n'étant pas atteinte en l'occurrence).

3. Le jugement attaqué est toutefois entaché d'erreur de droit - ce qu'il y a lieu de constater d'office (consid. 1b supra) - dans la mesure où le Tribunal administratif a mis à la charge de la caisse un intérêt à 5 pour cent l'an sur la somme due à l'intimée, à compter du 21 octobre 1996. Il est en effet de jurisprudence constante que le versement d'intérêts moratoires sur des prestations d'assurance sociale ne peut être ordonné qu'à titre exceptionnel, en présence d'actes ou d'omissions illicites et fautifs de l'assureur social, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce (ATF 119 V 81 consid. 3a, ATF 117 V 351).

4. La recourante conteste le droit de l'intimée à des dépens pour la procédure cantonale, au motif que celle-ci agit par la voix de son curateur. Savoir si et à quelles conditions une indemnité peut être allouée à la partie qui obtient gain de cause en procédure cantonale est une question qui, dans le nouveau régime de l'assurance-maladie, relève du droit fédéral (art. 87 let. g LAMal; RAMA 1997 no KV 15 p. 320). Or, de ce point de vue, le grief soulevé par la recourante est infondé. En effet, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a jugé à propos de l'art. 85 al. 2 let. f LAVS, l'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille peut prétendre des dépens (arrêt non publié A. du 26 février 1982).

5. (Dépens)