

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/712/2006

ATAS/646/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 11 juillet 2006**

En la cause

**Monsieur D\_\_\_\_\_**

recourant

contre

**SUVA-ASSURANCE MILITAIRE**, rue Jacques-Grosselin 8,  
case postale 2132, 1227 CAROUGE

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente,**

**Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges.**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur D\_\_\_\_\_ (ci-après le recourant), né le 5 juin 1960, a été licencié de l'école de recrues le 1er août 1979 en raison d'une dermato-mycose et de troubles névrotiques. Le recourant a effectué un service militaire complémentaire du 2 au 7 juin 1986, puis à nouveau du 5 au 10 juin 1989.
2. Le 15 mai 1990, la Dresse A\_\_\_\_\_, psychiatre, a annoncé à l'OFFICE FÉDÉRAL DE L'ASSURANCE MILITAIRE (ci-après OFAM, devenu SUVA-Assurance militaire) une schizophrénie paranoïde, et en a demandé la prise en charge. Elle a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 7 novembre 1988.
3. Par décision du 1er novembre 1990, l'assurance-invalidité (ci-après AI) a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 1989 en raison de troubles psychiques.
4. En date du 26 novembre 1990, le recourant a sollicité, à nouveau, de l'OFAM que toutes les prestations dues en raison de son affection psychiatrique lui soient servies dès le 1er août 1979. L'OFAM a refusé en date du 26 novembre 1990, refus qui a été confirmé par décision du 11 juin 1992. Sur recours, la Cour de justice, alors autorité compétente, a ordonné une expertise du recourant puis a admis le recours, enjoignant l'OFAM de prendre en charge les suites de la schizophrénie diagnostiquée.
5. Par jugement du 26 juin 1991, la commission cantonale de recours AVS - AI, alors compétente en matière d'assurance-invalidité, a admis le recours déposé contre la décision AI et constaté que le recourant avait droit aux prestations de l'AI depuis le 1er avril 1985. L'autorité de recours a établi que la schizophrénie était apparue en 1980, mais que le recourant n'en avait pas eu connaissance avant la fin 1989.
6. Par décision du 25 octobre 1996, l'OFAM a mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité partielle depuis le 1er août 1985, et complète depuis 1987. Cette décision a été confirmée sur opposition, et le recours déposé au Tribunal administratif a été déclaré irrecevable, ce qui a été confirmé par le TRIBUNAL FÉDÉRAL DES ASSURANCES (ci-après TFA).
7. Dans l'intervalle, soit le 7 mai 1996, le recourant avait annoncé à l'OFAM une surcharge pondérale en lien avec le traitement des troubles psychiques. Il avait lui-même rempli le formulaire ad hoc, expliquant que la Dresse B\_\_\_\_\_, endocrinologue, ne comprenait rien à l'assurance militaire "ni ne voulait rien y comprendre". Le recourant adressa un courrier de rappel à l'OFAM le 11 avril 2000. C'est finalement par courrier du 27 juin 2000, que la Dresse transmit à l'OFAM le formulaire, "rédigé le 30 mai 1996" (cf. pièces n° 2 à 5 recourant).
8. Par courrier du 18 juillet 2000, l'OFAM informa le recourant qu'il remplissait les conditions légales pour être mis au bénéfice des prestations pour le « traitement

actuellement terminé », relatif à l'obésité. Le courrier précisait ce qui suit : " nous payons directement les frais de traitement. (...) Les frais de voyage et de transport (avec les transports publics) liés à ce traitement et dûment attestés vous seront remboursés".

9. Par pli daté du "7 janvier 2001 et 8 mai 2001", reçu par l'OFAM selon tampon à cette deuxième date, le recourant a transmis à l'OFAM diverses ordonnances pour traitement des troubles psychiques, datées de janvier 1996 à avril 2001, et pour traitement de la surcharge pondérale, en mars 1996, ainsi que d'autres ordonnances (irrelevantes en l'espèce).
10. Par pli du 8 mai 2001, le recourant a, par ailleurs, sollicité que soit « restitué en tant que de besoin tout délai formel (...) ou matériel », au motif que son état de santé s'était temporairement aggravé.
11. En date du 23 mai 2001, l'OFAM s'est déterminé sur la prise en charge des diverses ordonnances de pharmacie. Invoquant l'article 14 de la loi fédérale sur l'assurance militaire (ci-après aLAM), l'OFAM a indiqué que les factures antérieures au 31 mai 1996 étaient prescrites, les factures postérieures à cette date ayant été d'ores et déjà remboursées.
12. Un échange de correspondance a eu lieu entre les parties à ce sujet. L'OFAM a, en particulier, reconnu que l'article 14 précité ne s'appliquait pas en l'occurrence, et que par conséquent les médicaments prescrits du 18 janvier 1996 au 6 mai 1996 par le Dr C\_\_\_\_\_ seront pris en charge par l'assurance. S'agissant du médicament EXCIPIAL LIPOLOTION prescrit par la Dresse B\_\_\_\_\_ en mars 1996, il ne serait pas remboursé au motif qu'il n'a pas été prescrit pour les troubles relevant de l'assurance (cf. courrier du 10 octobre 2001, pièce n° 13 recourant). L'OFAM a confirmé sa position par lettre du 28 mai 2002.
13. En date du 15 mai 2002, le recourant a sollicité de l'OFAM le remboursement de ses frais de transport relatif aux différentes consultations médicales, à raison du prix du billet de bus des TRANSPORTS PUBLICS GENEVOIS, renvoyant pour le calcul aux dates des consultations médicales figurant à son dossier.
14. Par courrier du 2 février 2003, le recourant a donné des précisions relativement à la prescription du médicament EXCIPIAL LIPOLOTION. Selon lui, ce médicament a été prescrit en raison d'apparition de vergetures, qui aurait pu compromettre la poursuite du régime alimentaire prescrit, en raison de l'inquiétude et de l'anxiété provoquées à cette occasion. Le médicament n'était pas prescrit pour lutter contre les vergetures, mais à titre de placebo. En outre, les vergetures étaient en relation de causalité avec l'obésité, affection assurée par l'assurance militaire.
15. Selon une note médicale figurant au dossier (cf. pièce n° 18 recourant), le médicament en question a été prescrit sans fondement scientifique sûr, car il n'y a

pas de produits efficaces à titre préventif ou à titre thérapeutique des vergetures. Il n'existe pas de traitement pour les faire disparaître complètement, que ce soit par l'application d'une crème ou par chirurgie. Compte tenu de la notion de prise de poids, il est possible que le recourant présente des vergetures abdominales.

16. Par décision du 20 juin 2003, l'OFAM a rejeté la demande du recourant au motif que le remboursement du médicament n'avait été réclamé qu'en date du 8 mai 2001, de sorte que le droit au remboursement était prescrit, conformément à l'article 24 al. 1 LPGa. De même les frais de transport étaient-ils prescrits en tant qu'ils portaient sur une période antérieure au mois de mai 1997, la demande de remboursement datant du 15 mai 2002.
17. Suite à l'opposition du recourant, l'OFAM a confirmé sa décision le 18 novembre 2003, également en raison de la prescription mais telle que l'article 14 aLAM le prévoit.
18. Le recourant s'est opposé à cette décision par acte du 2 mars 2004, déposé délibérément auprès du Tribunal administratif et non du Tribunal de céans, au motif que ce dernier ne serait pas compétent. Le recourant a pris les conclusions suivantes, avec suite de dépens :
  - ordonner en tant que de besoin une expertise médicale visant à déterminer si le recourant est atteint de vergetures ;
  - inviter l'OFAM à produire tout document propre à établir les frais de transport dont le remboursement est demandé, entre le 3 octobre 1995 et le 15 novembre 1996 ; Cela fait :
  - recevoir le présent recours ;
  - dire que l'OFAM devra rembourser le montant de 11 fr.20 pour le médicament EXCIPIAL LIPOLOTION, ainsi que le montant, fixé par le Tribunal, des frais de transport réclamé ;
  - dire que l'OFAM devra rembourser au recourant le montant de 395 fr.40 à titre de frais de la procédure administrative, ainsi que 150 fr. à titre de frais de la procédure d'opposition, et 468 fr. à titre de frais de la procédure cantonale de recours.

En substance, il considère que son droit n'est pas périmé car l'art. 14 aLAM (et non pas l'art. 14 LPGa) ne s'applique pas aux prestations en nature, qui sont imprescriptibles. Or, tant les frais de traitement que les frais de transport sont des prestations en nature. En outre, si l'assuré a agi dans le délai de prescription de cinq ans, ses prétentions ne sauraient se périmé, hormis certaines exceptions. Le recourant a sauvegardé ses droits par sa requête du 11 avril 2000, et l'OFAM a reconnu sa responsabilité le 18 juillet 2000. S'agissant du médicament, il a été

prescrit comme support psychologique, et non dans le but de supprimer les vergetures. Le dossier de l'OFAM le confirme. Si l'existence des vergetures devait être contestée, il appartiendra au Tribunal d'instruire la question. S'agissant des frais de transport, l'OFAM devra produire les documents informatisés relatifs aux 42 consultations qui ont eu lieu entre le 3 octobre 1995 et le 15 novembre 1996. Enfin, le recourant a dû intervenir à de multiples reprises auprès de l'OFAM pour faire valoir ses droits ce qui lui a occasionné des frais qui devront lui être remboursés.

19. Dans sa réponse du 29 mars 2004, l'OFAM conclut préalablement à ce que le Tribunal administratif se déclare incompétent au profit du Tribunal de céans. Sur le fond, il conclut au rejet du recours. La prescription doit être examinée selon l'article 24 LPGA, car la décision a été rendue après le 1er janvier 2003. Tant l'annonce du 3 mai 1996 que la requête du 11 avril 2000 ne sont pas suffisamment concrétisées pour sauvegarder les droits aux prestations d'assurance. Si l'article 14 aLAM, dans sa teneur au 1er janvier 1994, devait s'appliquer, l'OFAM rappelle que cette prescription est applicable quelle que soit la raison pour laquelle les prestations n'ont pas été versées, selon la jurisprudence du TFA. Or, rien ne permet de considérer que les prestations en nature ne sont pas couvertes par cette prescription. Enfin l'OFAM s'oppose au remboursement de frais et au versement de dépens.
20. Par arrêt du 24 août 2004, le Tribunal administratif a déclaré le recours irrecevable, et l'a transmis au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.
21. Par arrêt du 16 décembre 2004, le TFA a rejeté le recours.
22. Par courrier du 23 février 2006, le recourant a indiqué au Tribunal de céans que son recours n'avait non seulement pas été jugé à ce jour, mais pas non plus inscrit au rôle de la juridiction. Après vérification, le greffe a constaté que le dossier ne lui avait pas été transmis par le Tribunal administratif. La cause a été enregistrée le 1er mars 2006, et le recourant a été informé de ces faits par pli du même jour. Par pli du 9 mars 2006, les parties ont été invitées à déposer à nouveau leur chargé de pièces.
23. Par ordonnance du 30 mars 2006, le Tribunal de céans, constatant que le dossier était complet, et prenant acte de ce que le recourant avait renoncé à plaider et à répliquer dans son courrier susmentionné, garda la cause à juger.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 6 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 (ci-après LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-militaire du 19 juin 1992 (LM).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, et a été confirmée par le TFA.

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit au remboursement du médicament EXCIPIAL LIPOLOTION, prescrit par la Dresse B\_\_\_\_\_ en mars 1996, et des frais de transport pour les consultations médicales qui ont eu lieu entre le 3 octobre 1995 et le 15 novembre 1996, soit 42 consultations médicales. En particulier, il s'agit de déterminer ce qu'il en est de la prescription invoquée.
5. Se pose préalablement la question du droit applicable. En effet, la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions dans le domaine des assurances sociales. Par ailleurs, la loi fédérale sur l'assurance militaire du 20 septembre 1949, entrée en vigueur le 1er janvier 1950, a été modifiée le 19 décembre 1963 avec entrée en vigueur le 20 mars 1964, puis le 19 juin 1992 (ci-après aLAM), avec effet au 1er janvier 1994. Certains articles ont par ailleurs été modifiés à l'entrée en vigueur de la LPGA.

Selon le principe général défini par la jurisprudence du TFA, la législation applicable en cas de changement de règles de droit est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative

---

litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Aussi le cas d'espèce reste-t-il régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, soit par la LAM de 1992 et son ordonnance du 10 novembre 1993 (ci-après OAM), car l'essentiel des faits à examiner s'est produit avant le 1er janvier 2003.

6. Il est constant que le recourant est atteint de schizophrénie paranoïde depuis 1980 (voire 1979), qu'il n'en a connaissance que depuis 1989 et que l'annonce en a été faite à l'OFAM en 1990. En 1993, la Cour de justice a enjoint l'OFAM à prendre en charge les suites de la schizophrénie. Il est constant également que l'annonce de la surcharge pondérale a été faite par le recourant en date du 7 mai 1996, mais par la Dresse B \_\_\_\_\_ que le 27 juin 2000. L'OFAM a annoncé la prise en charge du traitement de l'obésité le 18 juillet 2000. Enfin, la demande de prise en charge de l'EXCIPIAL date du 8 mai 2001 et celle du remboursement des frais de transport du 15 mai 2002.
7. La loi de 1949 prévoyait que les prestations d'assurance étaient dues dès le jour où l'atteinte à la santé s'était produite, même si l'avis n'en avait été donné que plus tard (art. 15). En revanche, aucun délai n'était prévu pour le versement des prestations arriérées. C'est par la modification entrée en vigueur en 1964 que le législateur a comblé cette lacune, à l'article 15 : le droit à des prestations arriérées s'éteint 5 ans après la fin du mois pour lequel elles étaient dues. Cette règle a été reprise par l'article 14 aLAM, puis par l'article 24 de la LPGA, et correspond également aux termes de l'ancien art. 48 al. 1 LAI. Par conséquent, le droit du recourant est prescrit pour ce qui concerne la période antérieure au 31 mai 1996 (cf. décision de l'OFAM du 23 mai 2001).

Le recourant allègue toutefois que le texte allemand de l'art. 14 aLAM, applicable ici, conduit à la conclusion que seules les prestations en espèces se prescrivent et que, par conséquent, les prestations qu'il réclame doivent lui être accordées car il s'agit de prestations en nature.

Dans sa version française, l'art. 14 aLAM prévoit:

" Le droit aux prestations arriérées s'éteint cinq après la fin du mois pour lequel la prestation était due."

La version italienne mentionne:

"Il diritto alle prestazioni arretrate si estingue cinque anni dopo la fine del mese per il quale esse erano dovute",

tandis que la version allemande prévoit ce qui suit:

"Der Anspruch auf Nachzahlung von Geldleistungen erlischt fünf Jahre nach Ende des Monats, für den sie geschuldet waren".

Ainsi, il est exact que la version allemande précise que la prescription touche les prestations en espèces, tandis que les versions françaises et italiennes prévoient la prescription pour toutes les prestations.

Selon le recourant, il y a lieu de retenir la version allemande car l'article 14 aLAM n'a fait que reprendre les termes de l'article 15 al. 2 de la LAM de 1949, qui visait uniquement les prestations en espèces (cf. Jürg MAESCHI, Kommentar zum MVG, p. 135), et parce que, dans son message à l'appui du projet de la LAM de 1992, le Conseil fédéral précisait que « seul le droit à une prestation particulière en argent est soumis à péremption » (FF 1990 III 218).

Selon l'intimée, la distinction faite par la LPGA entre prestation en nature et prestation en espèces n'existait pas au moment de l'adoption de l'article 15 aLAM, en 1963. On distinguait alors uniquement le traitement des prestations en espèces, qui comprenaient, notamment, les indemnités supplémentaires de toutes sortes.

La question peut cependant rester ouverte car le recours doit être rejeté quoi qu'il en soit pour d'autres motifs.

8. S'agissant du médicament EXCIPIAL, il ressort du dossier qu'il n'est pas efficace contre les vergetures et qu'il a été prescrit au recourant à titre de placebo. Par conséquent la prescription de cette lotion ne correspond pas à un « traitement approprié et économique » visant à améliorer l'état de santé ou la capacité de gain du recourant ou à les préserver d'une atteinte plus considérable, au sens de l'article 16 LAM (teneur identique depuis juin 1992).
9. S'agissant des frais de transport, la question de savoir s'ils sont dus en l'espèce, en application de l'article 19 alinéa 1 aLAM (teneur identique depuis juin 1992) peut rester ouverte, car il s'agit à l'évidence de prestations en espèces de sorte qu'elles sont prescrites. On a vu, en effet, que sous l'ancienne LAM, seul le traitement ne constitue pas une prestation en espèces, et que ces dernières sont prescrites par cinq ans.
10. Par conséquent, le recours sera rejeté.

\*\*\*

---

**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 recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Déboute les parties de toutes autres conclusions.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Dit que les parties 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. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

La Présidente :

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

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