

[AZA 7]

K 201/00 Ws

Ile Chambre

MM. les juges Lustenberger, Président, Meyer et Ferrari.

Greffière : Mme von Zwehl

Arrêt du 13 septembre 2001

dans la cause

Helsana Assurances SA, chemin de la Coline 12, 1007 Lausanne, recourante,

contre

La succession de feu B._____, décédé, intimé, agissant par Me B._____, exécuteur testamentaire, lui-même représenté par Me H._____,

et

Tribunal administratif du canton de Genève, Genève

A.- B._____ était assuré auprès de la compagnie Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana) pour l'assurance obligatoire des soins. Depuis plusieurs années, il souffrait d'une maladie de Parkinson, d'une paralysie spastique des membres inférieurs et d'une hernie discale cervicale.

A raison d'une à deux heures par jour, il recevait des soins à domicile, prodigués par une infirmière et une aide de toilette.

Durant l'année 1998, l'assuré a ainsi reçu 365 heures de soins à domicile (Spitex) que l'assureur-maladie a remboursé à concurrence de 26'267 fr. 40. Helsana a, en outre, payé divers frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que des frais de physiothérapie pour un total de 47'568 fr. 95. Par lettre du 15 décembre 1998, elle a avisé son assuré qu'elle limiterait ses versements dès le 1er janvier 1999 à 69 fr.

par jour, montant correspondant à l'indemnité forfaitaire pour les pensionnaires d'un EMS. Une décision formelle a été rendue dans ce sens le 11 février 1999, à laquelle l'assuré a fait opposition. Le 30 juillet 1999, Helsana a rejeté l'opposition et confirmé sa prise de position initiale.

B.- B._____ a recouru contre la décision sur opposition devant le Tribunal administratif du canton de Genève, en concluant à son annulation. Helsana a, pour sa part, conclu au rejet du recours.

Après avoir complété l'instruction et procédé notamment à l'audition des médecins traitants et de l'assuré, la juridiction cantonale a admis le recours et alloué 2000 fr.

de dépens à B._____, par jugement du 7 novembre 2000.

C.- Helsana interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont elle demande implicitement l'annulation.

B._____ étant décédé dans l'intervalle, son exécuteur testamentaire conclut au rejet du recours avec suite de frais et dépens, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales n'a pas présenté d'observations.

Considérant en droit :

1.- Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a chi. 3). Les soins sont définis plus précisément à l'art. 7 OPAS.

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), l'assureur prend en charge les

mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire.

Selon l'art. 9 OPAS (dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 1998), les prestations pour soins à domicile, ceux ambulatoires et ceux dispensés dans un établissement médico-social peuvent être facturées sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait (al. 1). Les tarifs sont échelonnés selon la nature et la difficulté des prestations (al. 3). L'art. 8a OPAS prévoit une procédure de contrôle et de conciliation pour les soins prodigués à domicile. Cette procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux sont examinés lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre; si les soins sont en nombre inférieur, ils sont examinés par sondage (al. 3). La procédure de contrôle a ainsi remplacé le système de la durée-limite des soins pris en charge par jour ou par semaine (art. 9 al. 3 aOPAS).

Dans le cas particulier, le coût des soins prodigués à B. _____ dans le cadre de Spitex - qui ont été facturés et remboursés par Helsana - s'est élevé en moyenne à 71 fr. 95 par jour pour l'année 1998. Ce coût, établi selon les dispositions tarifaires applicables dans le canton de Genève n'étant pas litigieux, il n'y a pas lieu de vérifier l'application du tarif des soins à domicile.

2.- Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà précisé dans l'arrêt D. du 18 décembre 1998 (RAMA 1999 n°KV 64 p. 64 sv), l'application du principe l'économicité ne signifie pas que l'assureur-maladie sera toujours en droit de limiter la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait à supporter en cas de séjour dans un home.

L'appréciation du caractère économique ne doit en effet pas s'effectuer par une simple comparaison des frais de part et d'autre. Mais s'il existe, entre ces deux mesures également adéquates, une disproportion manifeste, la mise en oeuvre de soins à domicile ne peut plus être considérée comme économique, même au regard d'intérêts légitimes de l'assuré.

Cela vaut aussi lorsque les soins à domicile s'avèrent dans le cas particulier à la fois plus efficaces et plus appropriés que le séjour dans un home (cf. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 52).

Par ailleurs, et contrairement à certaines opinions de la doctrine, le droit à des soins à domicile n'implique pas une priorité par rapport au principe l'économicité au point qu'il n'y aurait plus besoin, dans ce cas, de procéder à l'examen du caractère économique du traitement (ATF 126 V 334). Ce principe fondamental garde au contraire son sens en ce qui concerne les conditions de la prise en charge des coûts dans l'assurance sociale (cf art. 32 al. 1 LAMal). De même que le caractère économique du traitement n'autorise, pour patients atteints de maladie aiguë, un séjour dans un hôpital au tarif des établissements hospitaliers qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 362), cette même question se pose, notamment en présence de malades chroniques, pour les soins à domicile ou dans un home. A cet égard, les dispositions de l'art. 8a OPAS comme celles de l'art. 9 al. 3 aOPAS font dépendre la prise en charge des prestations étendues de soins à domicile de leur caractère économique au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal.

3.- a) Lors de son audition par les premiers juges, le docteur E. _____, neurologue, a exposé que le traitement à domicile (relativement lourd) y est administré dans de meilleures conditions que dans un établissement médico-social et qu'un placement dans un tel établissement entraînerait certainement une aggravation notable de l'état psychologique du patient et, par conséquent, de sa maladie. Il a encore précisé que parmi ses patients se trouvant dans le même état de santé, certains séjournaient dans un établissement et d'autres demeuraient à domicile; cela dépendait en définitive de leur environnement, de leur âge et de leurs moyens. Dans le cas présent, il était essentiel à ses yeux de privilégier les soins à domicile.

Pour le docteur H. _____, généraliste, l'état de son patient nécessite un traitement intensif et une surveillance constante au point qu'il considère que le cas est trop lourd pour un établissement médico-social. Il estime qu'un placement serait défavorable à son état psychique et qu'il y aurait alors un risque non négligeable de dépression.

b) On peut déduire de ces explications que les soins nécessités par l'état de santé de B. _____ auraient pu aussi bien être administrés dans un home qu'à domicile.

Sous l'angle médical exclusivement, tant la première que la seconde mesure remplissent les critères d'efficacité et d'adéquation. Cependant, du moment que le placement en institution de ce malade chronique, gravement

atteint dans sa santé, comporterait, selon ses médecins, des risques pour son état psychique, l'on doit tenir pour légèrement moins adapté et efficace, dans la comparaison des mesures, le placement dans un home. Cette constatation ne préjuge toutefois en rien de l'examen de l'économicité de la mesure auquel il faut procéder dans cette situation, comme il aurait fallu également le faire si l'on admettait le point de vue de la recourante, laquelle soutient que les deux mesures sont également adaptées et efficaces (cf consid. 2a supra).

c) Dans le cadre d'un séjour dans un home, la recourante aurait dû verser pour son assuré le montant de 69 fr.

par jour, ce qui correspond au forfait journalier convenu pour l'année 1999 dans le canton de Genève. En comparant ce montant aux coûts que l'assurance a dû effectivement prendre en charge en 1998, soit 26'267 fr. 40 pour les soins à domicile proprement dits, 48'252 fr. 05 si l'on y ajoute les frais de physiothérapie et 73'836 fr. 35 avec en sus les frais de médecin, de pharmacien et d'examens, cela représente un coût pratiquement identique s'agissant des seuls soins à domicile, un coût 1,9 fois plus élevé en additionnant les frais de physiothérapie et enfin un coût 2,9 fois supérieur pour la totalité des soins. Par rapport aux prestations allouées durant l'année 1999 (soit 65'555 fr. selon les indications données, sans détail, par la recourante), cela représente un coût 2,6 fois plus élevé. Au regard de l'ensemble des circonstances, cela ne constitue pas une disproportion manifeste au point que la recourante serait fondée à limiter ses prestations au forfait journalier de 69 fr. Helsana doit en conséquence prendre en charge les frais de soins à domicile, définis à l'art. 7 al. 2 OPAS, au-delà du 1er janvier 1999.

Le recours se révèle ainsi mal fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances

prononce :

I. Le recours est rejeté.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

III. Helsana Assurances SA versera à l'intimé la somme de 2000 fr. (y compris la taxe à la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.

IV. Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal administratif du canton de Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 13 septembre 2001

Au nom du

Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IIe Chambre :

La Greffière :