

**200.2017.877.CM**

N° AVS  
DEJ/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 18 mars 2019**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli, juge  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Groupe Mutuel**  
Mutuel Assurance Maladie SA  
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny  
intimé

relatif à une décision sur opposition de ce dernier du 31 août 2017



**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, né en 1944, est atteint d'une myopathie qui engendre un besoin, à domicile, d'assistance personnelle constante et permanente de jour comme de nuit. Cette assistance est assurée par quatre infirmières à temps partiel engagées par le prénommé, qui bénéficie depuis 2012 de l'assistance financière d'un projet pilote de budget d'assistance organisé par le canton de Berne, et par son épouse, qui vient en aide et supplée les quatre infirmières précitées. En février et mars 2017, alors que son épouse ne pouvait lui prodiguer les soins dont elle s'occupait habituellement, le prénommé a engagé sept infirmières supplémentaires à temps partiel. Une partie du salaire de ces infirmières a été prise en charge par le canton de Berne dans le cadre du projet pilote précité. Pour le solde des salaires, le prénommé a requis de son assurance-maladie de base, Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après: Mutuel Assurance), la prise en charge d'une partie des salaires desdites infirmières au titre de l'assurance-maladie de base. Par décision du 30 juin 2017, confirmée par décision sur opposition du 31 août 2017, Mutuel Assurance a refusé une telle prise en charge.

**B.**

Le 5 octobre 2017, A.\_\_\_\_\_, représenté par un mandataire professionnel, a porté sa cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée et à la prise en charge par Mutuel Assurance du solde des salaires des infirmières précitées. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et la nomination de son mandataire en qualité d'avocat d'office. Le 20 octobre 2017, le recourant a déclaré retirer sa requête d'assistance judiciaire.

Le 20 décembre 2017, Mutuel Assurance a conclu, sous suite des frais et dépens, au rejet du recours. Le 15 janvier 2018, le recourant a répliqué en maintenant ses conclusions et en produisant la note d'honoraires de son

mandataire, puis le Groupe Mutuel a dupliqué le 7 février 2018, en maintenant également ses conclusions. Le 22 février 2018, le recourant a une nouvelle fois pris position, rajoutant une nouvelle conclusion subsidiaire tendant à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à Mutuel Assurance pour instruction complémentaire, et présenté la note d'honoraires actualisée de son mandataire.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 31 août 2017 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme un refus de prise en charge des coûts salariaux engendrés par l'engagement des infirmières supplémentaires. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et la prise en charge desdits coûts supplémentaires.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** La valeur litigieuse (solde des salaires des infirmières) est supérieure à Fr. 20'000.- (selon les documents au dossier, le solde est de Fr. 35'998.90). Le jugement de la cause incombe donc en principe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, [LOJM, RSB 161.1]). Le présent recours de droit administratif s'avérant manifestement infondé, la Cour statue toutefois dans une composition de deux juges (art. 56 al. 3 LOJM).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPG; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** L'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal, RS 832.10]). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal).

**2.2** Comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences mentionnées à l'art. 33 al. 1 à 3 LAMal au Département fédéral de l'intérieur (DFI; art. 33 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal, RS 832.102]; ATF 128 V 159 c. 3a). Le DFI en a fait usage en promulguant notamment l'ordonnance fédérale du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS 832.112.31).

**2.3** Au sens de l'art. 7 al. 1 OPAS, les prestations au sens de l'art. 33 let. b OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2 let. a et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal; let. a), des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal; let. b) ou des établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3 LAMal; let. c).

## **2.4**

**2.4.1** Au sens de l'art. 46 al. 1 OAMal, sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte, les physiothérapeutes (let. a), les ergothérapeutes (let. b), les infirmières et infirmiers (let. c), les logopédistes/orthophonistes (let. d), les diététiciens

(let. e) et les neuropsychologues (let. f). Selon l'al. 2, ces personnes doivent être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance.

**2.4.2** Selon l'art. 49 OAMal, les infirmières et les infirmiers doivent être titulaires du diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (let. a) et avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier qui remplissent les conditions d'admission de la présente ordonnance (let. b).

**2.4.3** Selon l'art. 2 al. 1 let. g de l'ordonnance cantonale du 24 octobre 2001 sur la santé publique (OSP, RSB 811.111), les infirmiers et les infirmières diplômés qui exercent leur activité sous leur propre responsabilité ont besoin d'une autorisation d'exercer (voir art. 28 OSP).

### **3.**

**3.1** Selon les informations ressortant du recours, le recourant souffre d'une grave myopathie des ceintures et a perçu une rente entière d'invalidité jusqu'à sa retraite. Son état de santé nécessite des soins quotidiens et une assistance personnelle constante et permanente, de jour comme de nuit. Ces soins ont été assurés à domicile par quatre infirmières engagées par le recourant, ainsi que par son épouse en cas d'absence de celles-ci (surveillance nocturne, vacances, etc.). Le recourant bénéficie également des soins prodigués par du personnel infirmier employé par un Centre de soins de longue durée (équivalent Spitex). Depuis le mois de novembre 2012, le recourant bénéficie d'une aide financière octroyée par le canton de Berne dans le cadre du projet pilote de budget d'assistance. C'est grâce à ce budget d'assistance que le recourant est en mesure de financer les quatre infirmières qu'il a engagées (voir PJ 5 de l'intimé). En février et mars 2017, l'épouse du recourant a subi une opération non planifiée et a été hospitalisée. En raison de son absence, le recourant a

cherché une solution de remplacement, notamment auprès des organismes de soins à domicile (Spitex), pour les soins que son épouse n'était pas en mesure de lui prodiguer. Demeurant sans succès, il s'est résolu à engager sept infirmières à temps partiel, ce qui a engendré un coût de Fr. 45'765.70. Dans le cadre du projet pilote d'assistance décrit ci-dessus, le canton de Berne a pris en charge un montant de Fr. 9'766.80 correspondant au maintien du salaire de l'épouse pour les mois de février et mars 2017 (voir PJ 9 de l'intimé). Le recourant demande au Groupe Mutuel, son assureur au titre de l'assurance-maladie de base obligatoire, de prendre en charge le solde des frais de salaire des sept infirmières engagées en l'absence de son épouse, pour un montant de Fr. 35'998.90.

**3.2** En substance, l'intimé refuse de s'acquitter du montant précité en exposant, d'une part, que l'aide apportée par l'épouse (qui n'est pas infirmière) relève de l'aide à domicile et n'entre pas dans le catalogue des soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. D'autre part, il fait valoir que les infirmières engagées ne semblent pas être autorisées à exercer sous leur propre responsabilité et n'ont pas présenté les documents nécessaires au remboursement des prestations effectuées (notamment sur le plan de la tarification TARMED).

#### **4.**

**4.1** Le recourant fait valoir que l'ensemble des soins prodigués par les infirmières précitées constitue des actes prévus à l'art. 7 al. 2 OPAS. Or, les prestations mentionnées à l'art. 7 al. 2 OPAS ne peuvent être effectuées, au sens de l'art. 7 al. 1 OPAS, que par des infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal), des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal) ou des établissements médico-sociaux (39 al. 3 LAMal). En l'espèce, si les infirmières spécialement engagées pour les mois de février et mars 2017 semblent en effet disposer d'un diplôme de soins infirmiers (voir art. 49 al. 1 OAMal; voir également les PJ 6 et 7 du recours) et disposer d'une indéniable expérience, il apparaît qu'aucune d'entre elles n'est admise en vertu du droit cantonal (voir art. 46 al. 2 OAMal). Dans cette mesure, lesdites infirmières n'étaient pas admises à pratiquer à titre

indépendant à la charge de l'assurance-maladie de base. Ainsi, elles ne semblent pas inscrites au registre des codes-créanciers (RCC), si bien qu'elles ne font pas partie de la liste officielle des fournisseurs de prestations au sens des art. 35 ss LAMal. Pour faire écho aux arguments développés par le recourant, il ne s'agit nullement de remettre en question les compétences des infirmières engagées, mais bien de constater qu'elles n'ont pas le droit d'exercer sous leur propre responsabilité leur profession à la charge de l'assurance-maladie de base. On précisera encore qu'il n'y a pas lieu, à ce stade, de déterminer si les soins fournis appartiennent au catalogue des prestations énumérées à l'art 7 al. 2 OPAS; il suffit de relever que lesdites prestations n'ont pas été effectuées par des infirmières admises à pratiquer sous leur propre responsabilité. A ce propos, il n'est pas inutile de rappeler que les soins médicaux prodigués au recourant par le Centre de soins de longue durée sont effectués par des personnes engagées par cet organisme, reconnu comme pouvant exercer à la charge de l'assurance-maladie de base au sens de l'art. 7 al. 1 let. b OPAS.

**4.2** Par ailleurs, il faut relever que les soins apportés par ces infirmières, tels que recensés par le recourant (voir PJ recours), ne proviennent pas d'une évaluation des soins requis au sens de l'art. 7 al. 1 OPAS (et donc établie selon les prescriptions de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS), ou alors d'une prescription médicale ou d'un mandat médical au sens de l'art. 8 OPAS. A titre de comparaison, on peut se référer aux soins prodigués au recourant par le Centre de soins de longue durée, lesquels sont fournis sur la base d'une évaluation des soins signée par le médecin du recourant (voir PJ 3 de l'intimé). En l'espèce, les seuls documents présentés sont une liste rédigée par le recourant et son épouse, laquelle liste ne saurait se révéler suffisante. Il n'existe en l'état pas non plus de prescription médicale ou de mandat médical à proprement parler.

**4.3** L'on rajoutera encore, à ce stade, qu'il ne s'agit nullement de banaliser les compétences ou de minimiser l'apport de l'épouse du recourant dans les soins dispensés. Pour autant, les prestations apportées par les infirmières engagées pour remplacer cette dernière pendant son hospitalisation et sa période de convalescence ne peuvent être prises en charge par l'assurance-maladie de base (voir également, à titre de

comparaison, l'ATF 126 V 330, dans lequel le Tribunal fédéral confirme que, en tant qu'il n'est pas admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie de base, le mari d'une assurée ne peut prétendre de l'assureur-maladie une rémunération pour des soins à domicile fournis à son épouse). A toutes fins utiles, l'on relèvera encore que les quatre infirmières engagées par le recourant sont salariées par celui-ci sur la base du projet pilote d'assistance du canton de Berne et non par l'assurance maladie de base. Si l'on peut comprendre la position du recourant relative aux coûts considérables qu'aurait engendré une hospitalisation, le système légal est ainsi fait en l'état. Il n'est tout simplement légalement pas possible à l'intimé de prendre en charge les coûts salariaux demandés par le recourant.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

**5.2** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 61 let. a LPGA). Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens, ni d'indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).