15 septembre 1999

dans la cause

S. S.A.
représentée par Me Rémy Riat, avocat

contre

Madame S. L.
représentée par V. assurance-maladie, mandataire

A/339/1997-ARBIT

EN FAIT

1. Madame S. L., née le 19 mai 1925, est assurée obligatoirement en matière d'assurance-maladie de base auprès de V. assurance-maladie (ci-après : V.).

2. Le 12 juillet 1996, le Dr M. C. a donné à la société S. S.A., domiciliée chemin des A. 12, 1128 Plan-les-Ouates (ci-après : S.), un mandat médical pour traitement et soins à prodiguer à Mme L. à son domicile. Celle-ci devait être hospitalisée chez elle pendant trois semaines et recevoir, par voie intraveineuse, 2,2 grammes d'Augmentin trois fois par jour, en une heure. De plus, des examens sanguins (vitesse de sédimentation et CRP) devaient être effectués une fois par semaine. Le 7 août 1996, le Dr C. a prolongé ce mandat pour une durée de quinze jours.

3. Le 14 juillet 1996, Mme L. a signé un "accord et consentement du patient pour hospitalisation à domicile". Ce texte indiquait notamment :

   "S. facturera ses prestations telles qu'elles ont été définies dans les conventions avec les assurances.

   Dans l'éventualité où le remboursement de l'assurance serait d'un montant inférieur à la facture de S., (déduction de la franchise, de la quote-part, ..., ou pour des éventuelles autres prestations qui seraient fournies par S., non obligatoirement à la charge de l'assurance), je conviens d'être personnellement responsable de la différence.

   Par la présente, j'accepte de céder ma créance contre mon assureur. Par conséquent, la facture de S., dont je recevrai copie, sera envoyée directement à mon assurance. Il est entendu que je renonce à faire valoir mon droit au remboursement des prestations que l'assurance aura versées directement à S. (cf. art. 4 ch. 1 et 2 et art. 5)."

4. Pendant la période du 12 juillet au 19 août 1996, Mme L. a reçu des soins trois fois par jour; divers médicaments (Tilur, Zantic 500, Aspegic 1000, Tenoretic, Mebucaïne et Difucan 50) lui ont été administrés une ou plusieurs fois par jour; un bilan sanguin a été effectué tous les mercredis et, à quelques occasions, le "venflon", le pansement, la tubulure et le robinet

nécessaires à la perfusion ont été changés.

5. Les 31 juillet et 31 août 1996, S. a transmis à V. des factures d'un montant total de CHF 20'563,70, soit CHF 17'047,70 pour les prestations infirmières, CHF 3'366.- pour les médicaments fournis - uniquement de l'Augmentin - et CHF 150.- pour l'acheminement des prélèvements sanguins au laboratoire.

Les prestations infirmières étaient comptabilisées selon l'ordonnance VII du département fédéral de l'intérieur sur l'assurance-maladie concernant les traitements scientifiquement reconnus devant être pris en charge par les caisses-maladie.

Selon le relevé de prestations de S., les infirmières de cette société ont effectué plusieurs fois par jour les postes "contrôle des signes vitaux", "perfusion", "entretien du cathéter", "petits pansements", "préparation et/ou administration de médicaments", "déplacements S. au domicile du patient" et "fournitures".

En tant que de besoin, les prestations effectuées seront analysées plus en détail dans la partie en droit de la présente décision.

6. V. refusant d'honorer ces factures, S. a saisi le Tribunal arbitral institué par l'article 89 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie d'une demande, le 14 avril 1997.

S. existait depuis 1992 et, jusqu'alors, V. avait toujours pris en charge le coût des prestations fournies. La législation cantonale genevoise n'avait, jusqu'alors, pas réglé l'activité des services d'hospitalisation à domicile et le département cantonal compétent n'avait pas encore octroyé de mandat de prestations. En revanche, un tel mandat avait été donné le 28 février 1996 pour les prestations de pharmacie et de pharmacie d'hospitalisation à domicile.

Tous les soins avaient été dispensés sur prescription médicale et n'excédaient en aucune façon ceux énumérés à l'article 7 alinéa 2 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31). Ces prestations devaient être prises en charge par l'assurance de base de Mme L., comme le prix des médicaments fournis.

S'agissant du tarif utilisé pour établir les factures des soins infirmiers, S. s'était fondée sur la nomenclature des prestations infirmières remboursées par les caisses-maladie, dans sa teneur de 1993. Un règlement du Conseil d'Etat fixant le tarif-cadre des prestations fournies par les infirmières et infirmiers et les organisations de soins et d'aide à domicile avait été édicté le 16 décembre 1995, mais faisait l'objet d'un recours devant le département fédéral de justice et police, qui avait accordé l'effet suspensif. Ce département avait indiqué que le tarif utilisé par S. était applicable à Genève jusqu'à droit connu.

7. Le 31 juillet 1997, V. s'est opposée au recours. Le Tribunal arbitral n'était pas compétent, dans la mesure où S. ne pouvait être considérée comme un fournisseur de prestations au sens de la LAMal, car aucun mandat de prestations ne lui avait été accordé sous l'empire du nouveau droit, ni aucune convention signée entre elle et la fédération genevoise des caisses-maladie sous l'ancien droit.

La cession de créance signée par Mme L. en faveur de S. n'était pas opposable à V., qui n'avait jamais donné son accord. Seule Mme L. était donc habilitée à agir pour requérir de V. le paiement des prestations de S.. En tout état, et même si S. devait être considérée comme un fournisseur de prestations, les factures devaient être payées selon le système du tiers-garant.

De plus, S. n'avait pas respecté le principe de l'économicité du traitement : selon la méthode analytique, elle avait facturé des soins infirmiers à hauteur de CHF 452,55 par jour, alors que d'autres organisations d'aide et de soins à domicile pouvaient fournir des prestations pour un montant de CHF 152.- par jour, dans le cas d'une personne souffrant de troubles bien plus graves que ceux de Mme L..

8. Un second échange d'écritures a eu lieu, à la requête de la demanderesse, les 30 septembre et 1er décembre 1997, où les parties ont maintenu et développé leurs positions.

9. Le 21 janvier 1998, les parties ont été entendues en comparution personnelle, pour une tentative de conciliation, dans le cadre des quatre procédures qui les opposaient, dont le présent dossier.

V. a indiqué qu'elle renonçait à contester la qualité de fournisseur de prestations de S., mais qu'elle maintenait sa contestation en ce qui concernait le montant des factures. Elle était d'accord de verser à S. la somme qui aurait été remboursée directement aux assurés, s'agissant des médicaments uniquement.

10. A la demande du tribunal, S. a précisé le contenu des postes "fournitures", "perfusions", "entretien du cathéter", "préparation et/ou administration des médicaments" et "déplacements".

11. S'agissant des médicaments, V. a remboursé à S. CHF 1927,80 le 4 mars 1998. Cette somme correspondait à une facture de CHF 2'142.- de laquelle a été déduite la participation due par l'assurée, soit CHF 214,20. Une facture de CHF 1'224.-, datée du 31 janvier 1998, n'a pas été honorée.

12. Par décision du 9 septembre 1998, le Tribunal arbitral a ordonné une expertise, confiée à Mme Ch. directrice de la Source, école professionnelle spécialisée en soins infirmiers à Lausanne. Le nom de l'experte, ainsi que les questions qui lui étaient posées, ont été soumis aux parties. Ces dernières n'ont pas fait valoir de motifs de récusation.

13. Dans son rapport du 26 février 1999, l'experte s'est interrogée sur la pertinence de la prise de signes vitaux en même temps que les injections. La prise de sang et l'acheminement des prélèvements au laboratoire étaient liées à une prescription médicale qu'elle ne pouvait vérifier. Les mesures d'asepsie prises, concernant les perfusions, l'entretien et la surveillance du matériel, dépendaient du diagnostic et du type d'infection. Les pansements, petits et moyens, se justifiaient. Un contrôle de santé tous les quinze jours paraissait correct pour évaluer la situation et son évolution. L'enseignement pour l'utilisation d'appareils médico-techniques était justifié, puisqu'il permettait l'économie d'un passage d'infirmière. Les déplacements étaient facturés conformément à la nomenclature.

b. Lors de l'audition de l'experte, le 17 juin 1999, S. a précisé que le traitement de Mme L. était risqué, puisqu'il s'agissait d'un abcès hépatique, dont le germe n'avait pas été déterminé. Le contrôle de signes vitaux était un examen de base, demandé en premier lieu par le

médecin si on lui téléphonait. Depuis lors, S. avait modifié sa pratique en prenant les signes vitaux à chaque passage, mais en ne les facturant qu'une fois par jour.

L'experte a alors indiqué qu'au vu de ces explications, la prise de signes vitaux paraissait justifiée; la prise de sang et l'envoi de l'échantillon au laboratoire avaient été ordonnés par le médecin et les mesures d'asepsie, dans la mesure où les germes n'avaient pas été identifiés, étaient justifiées.

V. a indiqué qu'elle contestait le fait que les signes vitaux aient été facturés quatre fois par jour, mais que, dans le cas de Mme L., cela semblait justifié.

14. Au terme de cette audience, la cause a été gardée à juger, après que V. eut souligné qu'elle ne contestait que le montant des factures et non la qualité de fournisseur de prestations de S..

EN DROIT

1. a. L'article 89 chiffre 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) prévoit que les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par le Tribunal arbitral des assurances.

b. Selon l'article 42 LAMal, les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. En l'absence de convention, l'assuré doit verser la rémunération au fournisseur de prestations, puis se faire rembourser par son assureur. Dans ce cas, lorsqu'un litige oppose un assureur à un fournisseur de prestations, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 ch. 3 LAMal). Dès lors, le présent litige oppose S. S.A. à Mme S. L., représentée par V..

c. Dans la mesure où sa qualité de fournisseur de prestations n'est plus contestée, la demande déposée le 14 avril 1997 est recevable.

2. Selon l'article 43 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix, qui devraient être fixés par convention entre les assureurs et eux-mêmes ou, cas

échéant, par l'autorité compétente.

En l'espèce, le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève avait arrêté un règlement fixant le tarif cadre des prestations fournies par les infirmières et infirmiers et les organisations de soins et d'aide à domicile le 18 septembre 1995. Ce règlement ayant fait l'objet d'un recours, le département fédéral de justice et police, par décision du 29 février 1996, a fixé provisoirement le tarif de prestations conformément à la proposition faite par la fédération genevoise des caisses-maladie (ci-après : FGCM) :

a. Les prestations prévues par l'article 7 deuxième alinéa lettre b de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (RS 832.112.31 - OPAS) doivent être remboursées sur la base des conventions conclues entre la FGCM et l'association suisse des infirmi-ers/ères, selon avenant N° 2 du 31 août 1993 et selon la convention conclue entre la FGCM et la section genevoise de la Croix Rouge, selon avenant N° 3 du 31 août 1993.

b. Les prestations décrites à l'article 7 2ème alinéa lettres a et c OPAS devaient être rémunérées à CHF 15.- le quart d'heure pour les infirmiers et les infirmières diplômés, et CHF 12.- le quart d'heure pour les aides qualifié.

c. Les prestations fournies le dimanche et les jours fériés devaient être majorées de cinquante pour-cent, celles effectuées de nuit, entre 20h00 et 07h00, indemnisées par un forfait de CHF 35.- et les moyens et appareils facturés selon l'annexe N° 2 de l'OPAS (liste LIMA).

Ces dispositions ont été confirmées par le Conseil fédéral dans la décision rendue au fond, le 1er juillet 1998.

De ce point de vue, aucun grief ne peut être fait à S., qui a utilisé, dans le cadre de sa facturation, les dispositions précitées.

3. Selon l'article 32 chiffre 1 LAMal, les prestations à charge de l'assurance de base doivent être efficaces, appropriées et économiques. Les fournisseurs doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement et la

rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 ch. 1 et 2 LAMal).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion d'indiquer à plusieurs reprises que pour savoir si un fournisseur de prestations respectait le précepte de l'économie des moyens, il était possible de se limiter à comparer la statistique des frais moyens de traitement auprès du fournisseur en cause, avec celle qui concerne les traitements auprès d'autres fournisseurs travaillant dans des conditions semblables, pour autant que la comparaison s'étende sur une période assez longue et que les éléments statistiques soient rassemblés d'une manière analogue (méthode statistique). Il est toutefois aussi possible d'employer la méthode dite analytique, qui consiste à examiner concrètement toutes les rubriques d'une note d'honoraires en vue de constater si les mesures entreprises étaient justifiées ou, cas échéant, de combiner les deux méthodes entre elles (ATF 119 V 448, ainsi que les nombreuses jurisprudences citées).

a. En l'espèce, et contrairement à ce qu'allègue l'assureur intimé, la méthode statistique n'apparaît pas utilisable, dans la mesure où aucune statistique répondant aux exigences de la jurisprudence n'est produite ou même n'apparaît existante. A cet égard, la seule comparaison avec la prise en charge d'un unique patient, suivi dans un premier temps par S., puis par un autre organisme de soins à domicile, ne permet pas de tirer une conclusion générale pour l'ensemble des personnes suivies par la recourante.

b. L'unique méthode qui apparaît dès lors applicable en l'espèce est la méthode analytique. Dans la présente affaire, cette méthode a été mise en oeuvre par la réalisation d'une expertise.

4. Il ressort du rapport d'expertise, ainsi que de l'audition de l'experte, que les soins prodigués à Mme L. étaient justifiés. La prise de signes vitaux a été quotidienne; elle était justifiée elle aussi, au vu du traitement.

En analysant le dossier de Mme L., le Tribunal arbitral constate qu'entre le 12 juillet et le 19 août, la prise journalière de signes vitaux a varié de un à cinq fois. Les feuilles de suite ne font toutefois pas apparaître le besoin d'une telle fréquence dans les observations faites par les infirmières. Compte tenu de

la pathologie de la patiente, il apparaissait justifié d'effectuer une prise de signes vitaux une fois par jour, afin de suivre son évolution. Aucune prescription médicale ne spécifiait cet acte.

Concrètement, les infirmières de S. se sont rendu à trente-huit reprises chez Mme L., dont six fois le dimanche. Les prestations justifiées sont dès lors, vu la majoration admise les dimanches et jours fériés, de six fois CHF 19,95, soit CHF 119,70 et trente-deux fois CHF 13,30, soit CHF 425,60, représentant un total de CHF 545,30. S. ayant facturé, au titre de prise de signes vitaux, CHF 2'034,90, il apparaît que la différence entre ces sommes, soit CHF 1'489,60, doit être déduite de la facture.

La demande sera dès lors admise à concurrence de CHF 20'563,70, sous déduction de CHF 1'489,60, représentant la différence entre les prestations facturées, soit CHF 2'034,90, et les prestations justifiées, en CHF 545,30.

5. S. a conclu à ce qu'une indemnité de procédure, ainsi que des intérêts moratoires lui soient versés.

a. A teneur de l'article 89G LPA, la procédure est gratuite en matière d'assurances sociales, mais une indemnité peut être allouée à l'assuré ou à l'ayant droit qui obtient gain de cause. Le montant est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 87 let. 9 LAMal).

Cette indemnité peut s'élever de CHF 200.-- à CHF 10'000.-- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - E 5 10.03).

En l'espèce, la demande apparaît très largement fondée. Dès lors, une indemnité de procédure en CHF 1'250.-, sera accordée à la demanderesse, à la charge de l'intimée.

b. Selon la jurisprudence constante, des intérêts moratoires ne sont pas dus en matière d'assurances sociales, sauf disposition légale contraire (ATF 117 V 351 et réf. citées; 113 V 48 consid. 2a pp. 50-51; A. GRISEL, L'apport du Tribunal fédéral des assurances au développement du droit public, in Mélanges A. BERENSTEIN, pp. 451 ss; P. MOOR, Droit administratif, vol. II, p. 44;

SPAHR, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, RVJ 1990, pp. 380 ss.). Des exceptions à cette règle se justifient toutefois en présence d'actes ou d'omissions illicites ou d'un comportement dilatoire de l'administration (RAMA 1990 p. 104; RCC 1990 p. 45; ATF 119 V 131).

En l'espèce, la position de l'intimée n'apparaît pas constituer un acte ou une omission illicite ou un comportement dilatoire. Les doutes qu'elle avait quant au montant des factures apparaissent compréhensibles. Dès lors, V. ne sera pas condamnée à verser des intérêts moratoires sur les sommes qu'elle devra verser.

6. Dans la mesure où le présent litige se situe dans le système du tiers-garant et que l'assuré à cédé sa créance à S., V. sera condamnée à payer directement à cette dernière les sommes qu'elle lui doit encore, sous déduction des franchises et quotes-parts à la charge de l'assuré.

7. Selon l'article 46 de loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (J 3 05), les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties, et ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, ports, émoluments d'écriture, ainsi qu'une indemnité globale) s'élevant de CHF 30.- à CHF 300.-.

En l'espèce, un émolument global de CHF 300.- sera perçu, de même que CHF 250.- pour les frais d'expertise que le tribunal arbitral a eu à exposer. Ces sommes seront mises à la charge de l'assureur intimé, qui succombe largement.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal arbitral
à la forme :

déclare recevable la demande déposée le 14 avril 1998 par S. S.A. contre V. assurance-maladie;

au fond :

l'admet partiellement;

condamne V. à verser à S. la somme

de CHF 20'563,70 moins CHF 1'489,60, sous déduction des franchises et quotes-parts restant à la charge de l'assuré et des sommes déjà versées, en particulier pour les frais de pharmacie;

alloue une indemnité de procédure en CHF 1'250.- à S., à la charge de V.;

met un émolument de CHF 300.- à la charge de V., de même que les frais d'expertise, en CHF 250.-;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, la présente décision peut être portée, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6000 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me Rémy Riat, avocat de S. S.A., ainsi qu'à V. assurance-maladie, mandataire de l'intimée.

Au nom du Tribunal arbitral :

la greffière : le président :

E. T. P. Th.

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le p.o. la greffière :

Mme N. M.