du 15 septembre 1999

dans la cause

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

contre

Feu Monsieur C. S.
représenté par V. assurance-maladie, mandataire

A/341/1997-ARBIT

EN FAIT

1. Feu Monsieur C. S., né le 11 avril 1929, était assuré obligatoirement en matière d'assurance-maladie de base auprès de V. assurance-maladie (ci-après : V.).

2. Le 3 juin 1996, le Dr Ch., de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (ci-après - HCUG), a donné à la société S. S.A., domiciliée chemin des A. 12, 1128 Plan-les-Ouates (ci-après : S.), un mandat médical pour des soins à prodiguer à M. S. à son domicile, pour une durée de trois mois.

3. Le 3 septembre 1998, le Dr F., spécialiste FMH en médecine générale, a prolongé ledit mandat pour une hospitalisation à domicile d'une durée d'un mois.

   Selon la feuille de transfert du service des soins, M. S. souffrait d'un status post choc septique, d'un état neurovégétatif post traumatique, suite à une commotion cérébrale en 1993. Mme S., épouse de l'assuré, avait appris à réaliser les soins d'aspiration, de trachéotomie, la pose de l'alimentation entérale et la prise de médicaments et participait aux soins d'hygiène. Sous la rubrique "renseignements importants", il était signalé que le patient souffrait d'un psoriasis connu de longue date, plus ou moins stable; il nécessitait des soins de trachéotomie deux fois par jour. M. S. souffrait aussi de MRSA (staphylocoques dorés méthylorésistants) et avait été, pendant son séjour à l'hôpital, en isolement protecteur. Il prenait un certain nombre de médicaments et était totalement dépendant pour les actes de la vie quotidienne.

4. Dans un courrier du 27 juin 1996 adressé au Tribunal tutélaire, la Dresse M. L. S., médecin adjointe au département de médecine interne de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (Ci-après HUG), indiquait que le retour à domicile de M. S. avait été évalué le 14 juin 1996. L'évaluation de la situation après quinze jours était positive; les objectifs de soins établis par le Dr F., médecin traitant, et les infirmières de S., étaient respectés. Cette praticienne précisait :

   "La charge en soins infirmiers assumée par S. se chiffre à six heures par jour les premiers jours du retour à domicile de M. S.; elle est actuellement de quatre heures par jour et l'objectif, qui semble réalisable si l'état

du patient reste stationnaire, voire s'améliore, serait de deux heures et demie par jour. A noter que la charge en soins infirmiers est exclusivement assumée par les infirmières de S. en partenariat avec Mme S.; cette dernière assume les soins de trachéotomie avec l'aide des infirmières. L'encadrement à domicile comprend également le passage d'une physiothérapeute une fois par jour".

5. Le 20 juin 1996, Mme S., représentant son époux, 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)."

6. Pendant la période du 3 juin au 16 octobre 1996, M. S. a reçu des soins quotidiennement. Dans un premier temps, les infirmières de S. passaient trois fois par jour, soit pendant un total de six heures; la durée des interventions a été réduite à trois heures après un mois.

Dès le 16 octobre 1996, l'intervention de S. a cessé et les soins ont été prodigués à M. S., toujours à domicile, par la coopérative des soins infirmiers (ci-après : CSI).

7. S. a transmis à V. les factures suivantes :

30 juin 1996 :

Prestations infirmières du 3 au 15 juin	CHF 6'710,50
Prestations infirmières du 16 au 30 juin	CHF 7'450,80

31 juillet 1996
Prestations infirmières du 1er au 15 juillet CHF 4'968,45
Prestations infirmières du 15 au 31 juillet CHF 5'130.-

31 août 1996
Prestations infirmières du 1er au 15 août CHF 4'510,70
Prestations infirmières du 16 au 31 août CHF 5'860.-

30 septembre 1996
Prestations infirmières du 1er au 15 septembre CHF 4'469.-
Prestations infirmières du 16 au 30 septembre CHF 4'881,20

31 octobre 1996
Prestations infirmières du 1er au 16 octobre CHF 4'573,95

De plus, des médicaments, pour une somme totale de CHF 7'761,60 ont été facturés les 30 juin, 31 août, 18 septembre, 15 et 31 octobre 1996.

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 très régulièrement les postes "contrôle des signes vitaux", "injections sous cutanées, intramusculaires", "petits pansements", "soins liés à l'incontinence vésicale et intestinale", "mesures thérapeutiques pour la respiration", "prévention d'escarres : massages", "prévention d'escarres : mobilisation", "traitements dermatologiques", "préparation et/ou administration de médicaments", "déplacements S. au domicile du patient". Au début de l'intervention, certains autres postes étaient effectués régulièrement, tels que "contrôles de sonde", "alimentation par sonde gastrique", soins de trachéotomie" et "mesures thérapeutiques pour la respiration".

8. La CSI, qui a succédé à S. pour prodiguer des soins à M. S., a transmis à son assuré les factures suivantes :

31 octobre 1996
CHF 2'849,30 pour les soins du 17 au 31 octobre 1996

30 novembre 1996

CHF 4'435,40

31 décembre 1996
CHF 5'714,40

31 janvier 1997
CHF 3'782,80

28 février 1997
CHF 820,20 pour les soins du 1er au 7 février 1997

Les prestations réalisées étaient, notamment, "contrôle des signes vitaux", "injections sous cutanées et intramusculaires", "petits pansements", "soins liés à l'incontinence vésicale", "prévention d'escarres/massages", "prévention d'escarres/mobilisation", "traitement dermatologique", "évaluation des besoins", "soins de base", "instructions et conseils".

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

9. V. refusant d'honorer ses 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 M. S., 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.

10. 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 l'assuré en faveur de S. n'était pas opposable à V., qui n'avait jamais donné son accord. Seul M. S. était habilité 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 la CSI avait fourni des prestations pour un montant de CHF 152.- par jour lorsqu'elle avait pris le relais de S..

11. 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.

12. 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.

13. A la demande du tribunal, S. a précisé le contenu des postes "déplacements au domicile du patient", "mesures thérapeutiques pour la respiration" et "préparation de médicaments".

14. V. a pris en charge les factures de médicaments lorsque ceux-ci étaient obligatoirement à la charge de l'assurance de base. Au terme d'un volumineux échange de correspondance, seul restait litigieuse une somme de CHF 554,20, concernant du "Médicomp SH comp 7,5 x 7,5" et du "Molicare ult. comp. maxi 2 x 40". Le "Médicomp" était un médicament hors liste et "Molicare" n'était remboursé que dans des cas de sclérose en plaque, de spinna bifida, de paraplégie et de paralysie cérébrale, conditions que ne remplissait pas M. S..

15. 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.

16. L'experte a rendue son rapport le 26 février 1999. Elle a été entendue par le Tribunal arbitral le 17 juin 1999 et, à cette occasion, elle a précisé ses conclusions au vu de certains documents médicaux qui, par erreur, ne lui avaient pas été transmis.

Le fait que les prestations infirmières de S. recouvraient l'éducation et l'aide à la famille dans les actes thérapeutiques, y compris la supervision pour que lesdits actes soient effectués correctement, était à l'avantage de l'assureur puisque, au fil du temps, la famille participait davantage à la prise en charge. Cela expliquait que certains actes aient disparu de la facturation (soins de trachéotomie/compression élastique d'un membre). Cela expliquait aussi en partie pourquoi les factures de la CSI, arrivées plus tard, étaient moins cher. Une importante différence apparaissait entre les factures de S. et celles de la CSI sous le poste "déplacements". Cette différence était due au fait que les infirmières de S. facturaient leurs déplacements depuis le siège de la société. Il existait une cohérence entre les produits pharmaceutiques utilisés et les soins prodiguées.

L'experte relevait encore que la facture d'octobre 1996 de S. et celle de novembre de la CSI, ne présentaient qu'une différence de chf 40.-, ce qui indiquait que, à l'époque, les prestations des deux organismes paraissaient identiques. Le fait de se référer à une moyenne, comme le faisait V., ne tenait pas compte de l'évolution de la situation des soins et du contexte familial.

En revanche, l'importante pathologie présentée par M. S. ne justifiait pas de prendre les signes vitaux plus d'une fois par jour, sauf cas particulier lié à l'appréciation du moment (suspicion d'état fébrile ou autre).

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 feu M. S., représenté 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 M. S. étaient justifiés, sous réserve du nombre de contrôles de santé.

L'analyse des feuilles de graphiques mensuelles démontre que le nombre de prises de signes vitaux varie quotidiennement entre un et trois. Ces signes vitaux, au cours des mois, apparaissent constants. A trente-sept reprises, la prise de signes vitaux est facturée, mais n'est pas notée dans le graphique. A trois reprises, la

prise de signes vitaux deux fois par jour est justifiée par les feuilles de suites : il s'agit des 18 juin, 23 juillet et 23 septembre, où les infirmières notent un état subfébrile (37.2°C, 37.7°C et 38°C).

Ainsi, pendant la durée de la prise en charge, soit entre le 3 juin et le 16 octobre 1996, cent trente-six jours se sont écoulés, comprenant dix-neuf dimanches et un jour férié. Les doubles prises de signes vitaux justifiées ont eu lieu uniquement pendant des jours ouvrables. Ainsi, au vu des remarques qui précèdent, la facturation aurait dû être la suivante :

3 jours	à CHF 26,60	= CHF	79,80
20 jours	à CHF 19,95	= CHF	300,99
113 jours	à CHF 13,30	= CHF	1'502,90

soit, au total, CHF 1'981,70

Pendant cette période, S. a facturé des prises de signes vitaux à hauteur de CHF 3'799,85, soit un trop-perçu de CHF 1'818,15.

La demande sera dès lors admise à concurrence de CHF 54'498,05 soit la somme totale des factures (CHF 56'316,20), sous déduction du prix des actes inutiles (CHF 1'818,15).

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, ce que l'admission partielle de la demande ne fait que confirmer. 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 perçue, 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 56'316,20 moins CHF 1'818,15 soit CHF 54'498,05 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'intimé.

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.