

du 2 octobre 2001

dans la cause

Monsieur P. R.

_____ contre

X assurance

EN FAIT

1. Monsieur D. R. (ci-après : feu D. R.) était né en 1912 et est décédé en 2000. Feu D. R. était affilié auprès de l'association X assurance, de siège à Winterthur, depuis le 1er janvier 1974. Il avait conclu des assurances dénommées : Minima, Completa Top, Completa Praeventa, Optima, Hospita 2 et Denta pour un montant mensuel total de CHF 966.-- (au tarif 2001, selon une police d'assurance reçue par feu D. R. le mois de son décès).
2. Hospitalisé du 14 octobre au 20 décembre 1997, feu D. R. a bénéficié par la suite des soins à domicile dispensés par une entité se présentant sous l'intitulé "S." (ci-après : le S.). Il n'est pas contesté que la X assurance a participé aux frais des soins à domicile dès la sortie de l'hôpital de gériatrie jusqu'au mois de juin 2000.
3. Les 24 juin, 22 juillet et 14 août 2000, le Dr J.D. V., généraliste FMH et médecin traitant de feu D. R., établit les mandats médicaux nécessaires pour les soins à domicile concernant les périodes du 24 juin au 21 juillet, du 22 juillet au 13 août ainsi que du 14 août au 14 novembre 2000 à raison de quatre passages par jour, voire cinq, du 22 juillet au 13 août.
4. Le 25 juillet 2000, la X assurance reçut les factures pour soins à domicile portant sur la période du 24 juin au 21 juillet de la même année. Le 5 septembre 2000, elle reçut les factures pour la période du 22 juillet au 1er septembre.
5. Dans l'intervalle, soit le 14 août 2000, la X assurance requit une ordonnance médicale et le 5 septembre 2000, elle s'adressa au médecin traitant en lui demandant de lui faire parvenir un rapport médical.

Le 25 septembre 2000, le Dr V. a attesté notamment que son patient était incapable de s'habiller et de se déshabiller seul, de se laver seul, de se faire à manger seul de préparer et de prendre seul ses médicaments, de vider ses uriflacs et d'aller à selles. Il pouvait toutefois manger seul et se déplacer seul et rester seul devant la télévision par moment. En revanche, une fois au lit, il ne pouvait plus se relever.

6. Sous pli recommandé du 19 octobre 2000, la X assurance a informé feu D. R. qu'elle suspendait le paiement de dix factures de soins à domicile.

Le 7 novembre 2000, l'assureur reçut encore trois dernières factures pour la période du 23 septembre au 23 octobre 2000.

7. Le 17 novembre 2000, la X assurance a remboursé à feu D. R. une somme de CHF 4'050.-- au titre des treize dernières factures reçues.

8. À la suite d'un entretien téléphonique du 1er décembre 2000, le fils de l'assuré, M. P. R., requit l'assureur de lui verser la somme de CHF 6'572,50 [sic] ou de lui notifier une décision motivée avec indication des voies de recours.

9. Le 1er février 2001, la X assurance rendit une "décision de caisse" rejetant les prétentions de M. P. R., au motif que feu D. R. avait reçu des prestations d'assurance complémentaire à raison de CHF 50.-- par jour et que le S. n'était pas une institution reconnue au sens de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31).

10. Le 23 février 2001, M. P. R. s'opposa à la décision précitée en sa qualité d'unique héritier de feu D. R. et demanda le paiement de CHF 5672,50 [sic : p. 2 et 3] avec intérêts à 5 % dès le 5 septembre 2000. Le 7 juin 2001, la X assurance a rejeté l'opposition, motif pris notamment de la convention passée entre l'"assistance à domicile pour la ville et la campagne" et la "fédération genevoise des assureurs maladie" datée du 9 novembre 1999, prévoyant une prise en charge limitée à soixante heures par trimestre. Quant au taux horaire, il était de CHF 45.-- selon un avenant du 9 mars 2001.

11. Le 6 juillet 2001, M. P. R. a recouru contre la décision prise sur opposition et a demandé le remboursement de CHF 5'672,50 [sic] avec intérêts dès le 5 septembre 2000, résultant de la prise en charge des coûts de soins à domicile de feu son père du 24 juin au 23 octobre 2000, le tout avec suite de frais et dépens.

12. Le 8 août 2001, la X assurance conclut au rejet du recours.

Le 9 août 2001, le greffe du tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.

Selon une recherche effectuée auprès du registre du commerce du canton de Genève et l'office fédéral du registre du commerce le 21 septembre 2001, l'association "S., de siège à Genève, a été inscrite comme association le 10 août 1995 et radiée le 11 octobre de la même année.

EN DROIT

1. Selon l'article 537 alinéa premier du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), la succession s'ouvre par la mort et les droits et obligations passent aux héritiers. M. P. R. étant le seul héritier de feu son père, il n'y a pas de communauté héréditaire au sens de l'article 602 CC. Par ailleurs, l'article 78 lettre b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) ne trouve pas non plus application, feu D. R. n'ayant jamais été partie à la procédure.

Selon l'article 56 C lettre a, le Tribunal administratif connaît en instance cantonale unique tant des contestations prévues à l'article 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) que de celles relatives aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 de la même loi. Selon les articles 41 à 46 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1), la créance qui résulte du contrat d'assurance est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de convaincre du bien-fondé de la prétention; quant à la prescription, elle est d'une durée de deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

L'assuré ou son héritier n'a pas à souffrir des conséquences des choix opérés par l'assureur sur le plan procédural.

En l'espèce, l'intimée a procédé comme si le litige relevait du domaine de l'assurance-maladie obligatoire et a rendu une décision, puis une décision sur opposition. Les prétentions de M. P. R. vis-à-vis de l'assureur sont nées au plus tôt le 25 juillet 2000, lorsque ce dernier a reçu les premières factures litigieuses. Le délai de deux ans n'est donc pas écoulé.

Que les prétentions de M. P. R. vis-à-vis de l'assureur intimé soient assises sur la LAMal ou sur un contrat d'assurance au titre de la LCA, elles ne sont pas prescrites.

2. L'assureur intimé a mis fin à la prise en charge des frais de soins à domicile dispensés au père de M. P. R. durant l'été 2000, alors qu'il en avait assuré le remboursement sans discontinuer depuis que l'assuré était sorti de l'hôpital en 1997.

3. L'article 25 alinéa 2 lettre 3 LAMal dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des soins à domicile dispensés par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical.

a. En application de l'article 38 LAMal, le Conseil fédéral a édicté la liste des personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical qui sont autorisées à exercer à charge des assurances maladie. Les infirmières et infirmiers doivent être titulaires d'un diplôme d'une école de soins infirmiers reconnue par un organisme désigné en commun par les cantons qui veille à une pratique et à une qualité uniformes, ou d'un diplôme reconnu équivalent par cet organisme et avoir exercé pendant deux ans leur activité soit auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, soit dans un hôpital, soit 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 (art. 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - RS 832.102 - OAMal).

b. Selon l'article 43 alinéa 4 LAMal, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente.

En vertu de l'article 33 lettre c OAMal, le département fédéral de l'intérieur a déterminé les conditions et l'étendue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

Selon les articles 7 et 8 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31),

les soins à domicile qui doivent être effectués sont déterminés par prescription ou par mandat médical après évaluation. Les résultats sont inscrits sur un formulaire qui indique le temps nécessaire prévu, et le niveau de soins requis déterminé par le médecin, et qui tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.

Seuls les soins de base généraux pour les patients dépendants tels que bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement, aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche, aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter sont pris en charge (art. 7 al. 2 let c ch. 1 OPAS; ATA Succession de feu M. du 26 janvier 1999 in SJ 2000 II 441 n° 48 confirmé par ATF n.p. du 17 septembre 1999).

4. a. Le principe de la bonne foi est applicable dans le domaine des assurances sociales et notamment dans les relations entre caisses-maladie et assurés (A. EGLI, Treu und Glauben, vol. I, Sozialversicherungsrecht, ZBJV, 1997, p. 377).
- b. En vertu du principe de la bonne foi, l'autorité qui a fourni des renseignements inexacts est, à certaines conditions, liée par ces renseignements malgré un texte légal contraire (P. MOOR, Droit administratif vol. I, 1994, p. 430).
- c. Selon la jurisprudence, l'administration est engagée en vertu du principe de la bonne foi lorsqu'elle a agi dans un cas concret vis-à-vis d'une personne déterminée, que l'autorité qui a agi était compétente, que l'administré ne pouvait pas se rendre compte immédiatement de l'illégalité du renseignement fourni, que se fondant sur le renseignement fourni, il n'a pas pris les dispositions qui l'auraient empêché de subir un dommage et que la législation n'ait pas été modifiée entre le moment où le renseignement a été fourni et celui où la bonne foi est invoquée; enfin, aucun intérêt public prépondérant ne doit s'opposer à l'intérêt de l'administré à se prévaloir du principe de la bonne foi (SJ 1996 p. 623).
- d. La bonne foi peut être admise quel que soit le comportement que l'assuré aurait eu s'il avait eu connaissance des dispositions légales et conventionnelles

applicables au cas d'espèce. Ainsi, dans un arrêt M. S. du 13 février 1996, le Tribunal administratif a jugé qu'un assuré qui prenait régulièrement un médicament jusqu'alors remboursé par l'assurance, n'avait pas à en supporter les coûts tant que la caisse ne l'avait pas averti qu'il n'était plus pris en charge. L'assurance est donc obligée jusqu'au moment où la bonne foi de l'assuré n'est plus protégée et non en fonction de l'attitude que ce dernier aurait adoptée s'il avait su que l'assurance ne prenait pas en charge la prestation litigieuse.

e. La jurisprudence et la doctrine relèvent qu'en faisant des versements auxquels ne l'obligent ni la loi, ni ses statuts, ni une convention, une caisse-maladie convainc les assurés de la justification de ses prestations, qu'elle ne saurait retirer sans manquer à une promesse implicite (ATA Succession M. précité, S. du 5 août 1999, C. du 1er septembre 1998; A. GRISEL, Traité de droit administratif, 1984, p. 391).

En l'espèce, l'assureur intimé a payé sans sourciller toutes les factures des soins à domicile dispensés au père de M. P. R. pendant une période de quelque trente mois, alors même que ces soins étaient assurés par une entité dont l'existence juridique était peu claire depuis le mois d'octobre 1995. Une simple vérification du statut juridique de cette entité et de sa situation administrative dans le canton de Genève aurait pu être entreprise dès le début de l'année 1998. En payant régulièrement les factures émises par cette entité, l'assureur intimé a fait naître la conviction légitime en la personne de son assuré que ces prestations, dont la qualité n'a au demeurant jamais été mise en cause, étaient remboursées au titre de la LAMal. L'assuré ou son fils doit donc être protégé dans sa bonne foi et l'assureur sera condamné au versement des indemnités dues au titre de la LAMal et de l'OPAS sans limiter celles-ci au montant de soixante heures par trimestre selon la convention produite par l'assureur, car celui-ci ne s'en est jamais prévalu auprès de son assuré et ne l'a jamais invité à prendre les dispositions nécessaires pour réduire, si cela était possible, les prestations à charge de l'assureur. L'assuré mérite d'être protégé dans sa bonne foi non seulement sur le principe de la prise en charge en application de la LAMal, mais doit l'être encore sur la question de la quotité des soins apportés, dès lors que l'assureur n'a jamais pris la moindre mesure pour limiter ceux-ci.

5. L'obligation de verser des intérêts sur les dettes d'argent échues est une institution générale du droit; peu importe que le débiteur soit la collectivité publique ou un administré. En matière de sécurité sociale, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) part quant à lui du principe de la base légale: des intérêts ne sont dus que si une norme en dispose ainsi, à moins que le débiteur ne se soit livré à des manoeuvres illicites ou purement dilatoires (ATFA 108 V 13; P. MOOR, Droit administratif, 1991, p.44)

Le TFA a estimé que la principale raison de l'exclusion de la dette d'intérêts en matière d'assurances sociales résidait dans le rôle dévolu à l'administration, chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations. Il ne faut pas lui imposer systématiquement d'intérêts moratoires, au risque de la pénaliser pour avoir accompli son devoir avec soin (ATA Succession M. précité et M.A.G. du 23 décembre 1997).

En l'espèce, l'assureur a instruit la demande de prestations LAMal, avant de décider de rembourser une partie des soins prodigués sur la base d'une assurance complémentaire, tel que cela ressort du décompte du 17 novembre 2000 et de sa décision du premier février 2001. Or, non seulement cette manière de voir est erronée mais il est patent que dès le mois de novembre 2000, l'assureur disposait de tous les éléments requis pour rembourser les soins administrés au père du recourant. Les nombreuses demandes de renseignements qui précéderent auraient pu suffire et il n'appartient pas au bénéficiaire de prestations de supporter complètement les atermoiements de l'assureur. Les circonstances du cas méritent d'être qualifiées d'exceptionnelles, de sorte que les intérêts moratoires sont dus dès la date du dernier décompte, soit le 17 novembre 2000.

6. Le recours est donc admis, l'assureur étant condamné à verser à l'héritier de l'assuré les prestations dues pour les soins à domicile durant la période litigieuse sans limitation de durée, mais en tenant compte d'une éventuelle franchise ou de quotes-parts dues au titre de la LAMal. Le dossier lui sera renvoyé pour le calcul de l'éventuelle participation de l'assuré.

En application de l'article 89G LPA, aucun émolument ne sera exigé de l'assureur, quoi qu'il succombe. Quant à M. P. R., il n'a pas droit à une

indemnité de procédure, car il ne soutient pas avoir exposé de frais particuliers.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 5 juillet 2001 par Monsieur P. R. contre la décision de X assurance du 7 juin 2001;

au fond :

l'admet;

condamne la X assurance au paiement de CHF 5'672,50 avec intérêt à 5 % dès le 17 novembre 2000 sous déduction d'une éventuelle franchise ou de quotes-parts dues par l'assuré;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument, ni alloué d'indemnité;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, 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, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à Monsieur P. R., ainsi qu'à X assurance et à l'office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Paychère, président, MM. Thélin et Schucani
, Mmes Bonnefemme-Hurni et Bovy, juges.

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste adj. : le vice-président :

C. Goette

F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux
parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci