

# **GE\_GERICHTE ATAS/164/2013 vom 7. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_164\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_164_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/164/2013 du 7 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/164/2013 del 7 febbraio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

A/704/2012 - 8/18 -

### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si les trois heures quotidiennes de prestations à domicile ordonnées par le médecin de la recourante doivent être prises en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire.

### **E. 4**

a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des 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 et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a défini le domaine des prestations de soins à domicile, ambulatoires ou dispensées dans un EMS à l'art. 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31; cf. art. 33 al. 2 et al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995; OAMal; RS 832.102). A teneur de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, les prestations au sens de l'article 33 let. b OAMal comprennent notamment les soins de base à savoir : 1. 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), 2. les mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques

pour accomplir les actes ordinaires de la vie (telles que la planification et la structuration des journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité).

#### **E. 5**

a) Les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS, qui ne font pas l'objet d'une liste exhaustive (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3; décision du Conseil fédéral du

#### **E. 9**

En l'espèce, la recourante souffre d'une atteinte de type Alzheimer et nécessite un accompagnement quotidien. Se fondant sur les avis de ses médecins-conseil, l'intimée accepte de prendre en charge deux heures quotidiennes de soins de base, considérant qu'au-delà, les prestations ne relèvent pas de l'assurance-maladie obligatoire. Pour sa part, la recourante estime que deux heures sont insuffisantes et réclame la prise en charge de trois.

A/704/2012 - 12/18 - La seule question qui se pose dès lors est celle de savoir si toutes les prestations prescrites par le médecin sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins, en d'autres termes si toutes les prestations litigieuses constituent des soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

#### **E. 10**

a) A titre liminaire, il y a lieu de déterminer si l'art. 7 al. 2 let. c OPAS s'applique dans son intégralité. Dans la CIM-10, la maladie d'Alzheimer est référencée dans deux chapitres : – au chapitre V relatif aux troubles mentaux et du comportement (F.00 - F.99) et plus particulièrement dans le bloc « troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques » (F.00 - F.09) ; et – au chapitre VI sur les maladies du système nerveux (G.00 - G.99) et plus particulièrement dans le bloc « autres affections dégénératives du système nerveux (G.30). En guise d'introduction aux troubles mentaux organiques, il est notamment expliqué que ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une origine organique démontrable, à type de maladie ou de lésions cérébrales, ou d'atteintes entraînant un dysfonctionnement du cerveau. Quant à la démence au sens du chapitre F.00-F.03, il s'agit d'un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisée par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Il est également précisé que ce syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer. La catégorie F.00 relative à la démence de type Alzheimer et ses sous-catégories, très détaillées renvoient à la catégorie G.30 et à ses sous-catégories correspondantes, cependant très succinctes. Au vu de ce qui précède, force est de constater que si la démence de type Alzheimer est à la fois classée dans le chapitre des troubles mentaux (chapitre V) et celui des maladies du système nerveux (chapitre VI), elle est toutefois présentée de manière bien plus détaillées dans le premier. Partant, il s'agit essentiellement d'une maladie psychique, même si une composante organique est également présente, de sorte que l'art. 7 al. 2 let c OPAS trouve application dans son intégralité (cf. dans le même sens, arrêt du Tribunal administratif du canton des Grisons du 23 juin 2009, publié in PVG 2009 p. 80). b) Cela étant précisé, il y a à présent lieu d'examiner si les avis des médecins-conseils sur lesquels l'intimée se fonde peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante.

A/704/2012 - 13/18 - Il sied de relever que l'avis du Dr B \_\_\_\_\_ du 30 mars 2011, n'a pas été émis sous forme de rapport mais de courrier adressé au Dr A \_\_\_\_\_ et qu'en outre, il ne justifie aucunement les motifs pour lesquels seules deux heures de soins par jour devraient être admises au titre de l'assurance obligatoire de soins. Certes, le médecin allègue que l'accompagnement en promenade ne relève pas de l'assurance de base, mais cela ne suffit pas à expliquer comment il arrive à un résultat de 2 h./jour. Qui plus est, le médecin n'a à aucun moment examiné la situation sous l'angle de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS relatif aux personnes souffrant d'une maladie psychique. L'avis émis par le Dr C \_\_\_\_\_ le 27 janvier 2012 est certes plus complet que celui de son confrère mais ne distingue pas non plus entre les soins de base généraux et ceux nécessités par une personne atteinte d'un trouble mental. Il écarte au surplus l'hypothèse d'une maladie mentale alors même qu'il ressort de la CIM-10 - ainsi qu'on l'a vu plus haut - que la maladie d'Alzheimer est considérée comme un trouble psychique. Partant, les avis médicaux sur lesquels l'intimée s'est fondée pour refuser la prise en charge des trois heures de prestations prescrites par le Dr A \_\_\_\_\_ sont dénués de valeur probante. c) Il convient dès lors de déterminer si les prestations prescrites par le Dr A \_\_\_\_\_ sont couvertes par l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS, lequel se réfère essentiellement au soins de base généraux. Il ressort du courrier de l'infirmière du 21 janvier 2011 (pièce 9 intimée) que l'aide-soignante prodigue quotidiennement les soins suivants : le matin : de 11h à 12h30 : à 11h : à son arrivée, l'aide soignante stimule l'assurée pour qu'elle se lève ; elle lui propose un verre d'eau pour s'hydrater, la recourante oubliant de boire ; l'aide-soignante lui donne ensuite les médicaments du matin, avec un café et une banane ;

à 11h30 : l'aide-soignante accompagne l'assurée pour sa toilette (douche) ; elle lui fait un massage du corps avec une crème hydratante et lui brosse les appareils dentaires, les dents et les gencives ; ensuite, l'aide soignante choisit les vêtements et habille l'assurée, cette dernière ne distinguant plus très bien les jours, les mois et les saisons, le chaud et le froid, le matin et le soir ;

à 12h : le repas est chauffé et servi, l'aide-soignante accompagne l'assurée pour qu'elle mange et boive pendant le repas, cette dernière ne voulant pas manger seule ; la prise électrique cuisinière est ensuite débranchée après chaque repas, midi et soir, afin que l'assurée ne l'utilise pas toute seule ; du lundi au vendredi, à 14h30 l'aide soignante stimule et accompagne l'assurée pour les promenades, une promenade d'environ 45 minutes étant bénéfique pour elle (corps, circulation sanguine et respiration) ; la recourante ne peut cependant faire seule ses promenades car elle se perd ; après le retour, l'aide-soignante lui prépare une tisane calmante et l'oriente

A/704/2012 - 14/18 - vers une activité à domicile avant de partir ; le soir : de 18h à 19h30 : à 18h : l'aide-soignante met en place le repas du soir, sert à boire à l'assurée et l'accompagne pour le repas ; elle l'aide pour la prise des médicaments ;

à 18h 45 : l'aide-soignante déshabille l'assurée, lui donne les soins corporels et dentaires, lui fait la petite toilette et lui met le vêtement pour dormir ;

Vers 19h15 : l'aide-soignante effectue, avec l'assurée des exercices relaxants, étudiés avec la psychologue pour améliorer les nuits (parfois difficiles) puis lui sert une tisane calmante au lit ; avant de partir, l'aide-soignante vérifie que tout était en ordre dans la maison. Concrètement, l'infirmière évalue les prestations de l'aide-soignante sur la base du catalogue des prestations établi par l'Association suisse des services d'aide et de soins à

domicile (Resident Assessment Instrument-Home Care ; RAI-domicile ; pièces 29A et 33 intimée) de la manière suivante :

fréquence ; durée hygiène et confort

toilette complète (bain ou douche) 1x par semaine ; 40 min. toilette partielle au lavabo 1 x par jour ; 26 min. laver les cheveux 1 x par semaine ; 15 min. soin des ongles (main) 2x par mois ; 15 min. soins des ongles (pieds) 1x par mois ; 15 min. brosser les dents 3 x par jour ; 5 min. hygiène buccale 3x par jour ; 10 min. aide à l'habillage/déshabillage 2x par jour ; 15 min. Total 3'093 mn/mois = 51,55h./mois = 154,65 h./trim.

alimentation et diète

aider à boire 3x par jour ; 10 min. aider à manger 3x par jour ; 25 min. Total 2'940 mn/mois = 49 h./mois = 147 h./trim.

mobilisation

installer la patiente au lit, y.c. faire le lit et changer la literie (au besoin) 1 x par jour ; 15 min. aide à la marche 3 x par jour ; 8 min. mobilisation active/passive 2 x par jour ; 17 min. Total 2'044 mn/mois = 34.06 h./mois = 102,19 h./trim.

TOTAL GENERAL 7'077 mn/mois = 134,61 h./mois = 403,83h./trim. S'agissant des prestations énumérées par l'infirmière dans son courrier du 19 juillet 2007 (pièce 33 intimée), la Cour de céans constate cependant ce qui suit : – lorsqu'une toilette complète est effectuée, il n'y a aucune raison d'y ajouter une toilette partielle, de sorte que cette dernière prestation ne doit être prodiguée que six jours par semaine et non sept ; – dans son courrier du 21 janvier 2011 (pièce 9 intimée), l'infirmière ne mentionne les soins dentaires que deux fois par jour, soit le matin et

A/704/2012 - 15/18 - le soir, de sorte que le brossage des dents et l'hygiène buccale ne sauraient être comptabilisés trois fois par jour ; – la recourante étant capable de manger et de boire seule, aucune aide n'est nécessaire pour ces actes de la vie quotidienne; ces prestations ne peuvent ainsi être prises en considération à titre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS ; – il en va de même de l'aide à la mobilisation, la recourante étant capable de se déplacer seule; de plus, le dossier ne fait aucunement état d'exercices de mobilisation; par conséquent, l'aide à la mobilisation ne fait pas partie des soins de base au sens de la disposition précitée. Compte tenu des remarques précitées, l'intervention mensuelle de l'aide-soignante pour les soins de base généraux au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS doit être évaluée de la manière suivante, étant toutefois précisé qu'un mois civil comporte 4,33 semaines (52 semaines / 12 mois = 4.33 semaines) et non 4 semaines :

fréquence ; durée minutes par mois hygiène et confort

toilette complète dans le bain ou la douche 1x par semaine ; 40 mn 173 (40 x 4.33) toilette partielle au lavabo 1 x par jour ; 26 mn 675 (26 x 6 x 4.33) laver les cheveux 1 x par semaine ; 15 mn 65 (15 x 4,33) soin des ongles (main) 2x par mois ; 15 mn 30 (15 x 2) soins des ongles (pieds) 1x par mois ; 15 mn

## **E. 15**

brosser les dents 2 x par jour ; 5 mn 303 (5 x 2 x 7 x 4,33) hygiène buccale 2x par jour ; 10 mn 606 (10 x 2 x 7 x 4,33) aide pour habillage/déshabillage 2x par jour ; 15 mn 909 (15 x 2 x 7 x 4,33) total

$2'776 = 91\text{mn} / \text{jour} (2775 \times 12/365) = 1 \text{ h } 30 / \text{jour}$  Il en résulte que, sur les trois heures réclamées par la recourante, seule une heure et demie peut être mise à la charge de l'intimée sur la base de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS. d) Reste encore à examiner si les prestations d'accompagnement (repas et mobilisation) peuvent être prises en charge sur la base de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS. En effet, comme indiqué précédemment, la maladie d'Alzheimer doit être qualifiée de maladie psychique, de sorte que le chiffre 2 de la disposition précitée trouve application. d/aa) S'agissant de la promenade quotidienne et de la mise au lit, la Cour de céans constate que la recourante n'a pas apporté d'éléments justifiant une prise en charge par l'intimée de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de la position de cette dernière. d/bb) Concernant l'accompagnement pendant le repas, le Dr A\_\_\_\_\_ a précisé, dans son courrier du 11 décembre 2012, que les troubles mnésiques importants

A/704/2012 - 16/18 - de la recourante nécessitent une stimulation et une surveillance constantes afin de s'assurer qu'elle prend les aliments nécessaires à son équilibre. Concrètement, une personne souffrant d'Alzheimer peut oublier de manger, ne plus savoir se servir de ses couverts, penser avoir déjà pris son repas, ne pas être capable de décider ce qu'elle doit manger (voir notamment [www.alz.ch/index.php/startseite-f.html](http://www.alz.ch/index.php/startseite-f.html) ou encore [www.maladiedalzheimer.com/repas-alzheimer.html](http://www.maladiedalzheimer.com/repas-alzheimer.html)). Partant, une aide lors des repas est à l'évidence la conséquence directe de la maladie d'Alzheimer et elle se limite au soutien et à la surveillance de la recourante, ce qui entre par conséquent dans le cadre de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS. Reste à déterminer l'importance - en termes de durée - de cette aide. Dans son courrier du 19 juillet 2011 (pièce 33 intimée en combinaison avec la pièce 29A intimée), l'infirmière qui suit la recourante a expliqué que cette dernière a besoin de 25 minutes pour prendre ses repas, matin, midi et soir. A la lecture de la description d'une journée-type (pièce 9 intimée) cependant, la Cour de céans constate que l'infirmière arrive vers 11h et que la recourante mange une banane en guise de petit déjeuner. Par la suite, elle se sustente encore entre 12h et 12h 30, puis entre 18h et 18h45. Il paraît manifeste que le temps nécessaire à l'ingestion d'une banane et d'un café le matin n'est pas aussi important que celui indispensable pour un repas complet (midi et soir). On ramènera donc à 10 le nombre de minutes nécessaires au petit-déjeuner. De plus, si l'aide-soignante assiste la recourante pendant qu'elle mange, il n'y a pas lieu de comptabiliser une aide supplémentaire pour boire (3x 10mn/jour). Enfin, le repas du soir ne saurait dépasser les 25 minutes nécessaires pour le repas de midi. Partant, il y a lieu d'évaluer à une heure (10 mn pour le petit-déjeuner + 25 mn pour le dîner + 25 mn pour le souper) le temps nécessaire à la surveillance pendant les repas. e) Pour conclure, la Cour de céans constate que doivent dès lors être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins 2,5 heures quotidiennes, soit : - 1,5 h. au titre de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS (soins de base généraux) ; - 1 h. au titre de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS (surveillance des repas). 11. A toutes fins utiles, la Cour de céans précisera encore qu'au vu de la jurisprudence, le maintien à domicile reste économique et efficace par rapport à un séjour en EMS puisque les soins à domicile reviennent seulement 1,32 fois plus cher, ce qui reste

A/704/2012 - 17/18 - dans les limites admises par la jurisprudence, qui a admis le maintien à domicile en cas de coût 48% plus élevés, voire trois fois plus élevés lorsque maintien à domicile et séjour en EMS sont efficaces et appropriés de manière égale (ATFA non publié K 31/00 du 1er mai 2001, consid. 2b ; RAMA 1999 p. 64) et de coûts 1,9 fois supérieurs (ATFA non publié K 175/00 12 février 2001, consid. 3b) 2,86 fois supérieurs

(K 33/02 du 2 décembre 2003, consid. 2.2) ou encore 2,6 à 2,9 fois supérieurs (ATFA non publié K 201/00 du 13 septembre 2001, consid. 3c) lorsque le maintien à domicile est plus efficace et plus approprié que le séjour en EMS. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 2 février 2012 ainsi que la décision du 26 mai 2011 annulées en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à la prise en charge de 2,5 heures quotidiennes à titre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. 13. La recourante, qui est représentée, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/704/2012 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.