«AZA 7»
K 175/00 Rl

IIe Chambre
composée des Juges fédéraux Lustenberger, Président, Meyer et Ferrari; von Zwehl, Greffière

Arrêt du 12 février 2001

dans la cause
Helsana Assurances SA, chemin de la Colline 12, Lausanne, recourante,

contre
Hoirs de feue T._____, intimée, soit son mari, X._____, lui-même représenté par Monsieur Jean-Louis Duc, Chalet La Corbaz, Les Quartiers, Château-d'Oex,

et
Tribunal administratif du canton de Genève, Genève

A.- T._____ était assurée auprès de la compagnie Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana) pour l'assurance obligatoire des soins. Depuis octobre 1991, elle présentait un status après accident sylvien gauche et un hémi-syndrome droit. En mai 1992, après un séjour en hôpital, elle était retournée vivre à son domicile avec son époux. A raison de deux heures par jour, elle y recevait des soins quotidiens prodigués par une infirmière et une aide de toilette. Durant l'année 1998, l'assurée avait ainsi reçu 695 heures de soins à domicile (Spitex) que l'Helsana a remboursé à concurrence de 48 702 fr. 50. L'assureur-maladie a en outre payé divers frais médicaux et pharmaceutiques pour un total de 10 280 fr.
Par lettre du 15 décembre 1998, Helsana a avisé son assurée qu'elle limiterait ses versements dès le 1er janvier 1999 à 69 fr. par jour, montant correspondant à l'indemnité forfaitaire pour les pensionnaires d'un EMS. Une décision formelle a été rendue dans ce sens le 11 février 1999, à laquelle l'époux de l'assurée a fait opposition. Le 20 avril 1999, Helsana a rejeté l'opposition et confirmé sa prise de position initiale.

B.- Représentée par son mari, T._____ a recouru contre la décision sur opposition devant le Tribunal administratif du canton de Genève, en concluant à son annulation. Pour sa part, Helsana a conclu au rejet du recours. Après avoir complété l'instruction et procédé notamment à l'audition du médecin traitant, la juridiction cantonale a, par jugement du 14 septembre 2000, admis le recours; elle a alloué 2000 fr. de dépens au recourant.

C.- Helsana interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande implicitement l'annulation. X._____ conclut au rejet du recours avec suite de frais et dépens, alors que l'Office fédéral des assurances sociales n'a pas présenté d'observations.

Considérant en droit :

1.- Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire de 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, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a ch. 3). Les soins sont définis plus précisément à l'art. 7 OPAS.
En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Selon l'art. 9 OPAS (dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 1998), les prestations pour soins à domicile, ceux ambulatoires et ceux dispensés dans un établissement médico-social peuvent être facturées sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait (al. 1). Les tarifs sont échelonnés selon la nature et la difficulté des prestations (al. 3). L'art. 8a OPAS

prévoit une procédure de contrôle et de conciliation pour les soins prodigués à domicile. Cette procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux sont examinés lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre, ils sont examinés par sondage (al. 3). La procédure de contrôle a ainsi remplacé le système de la durée-limite des soins pris en charge par jour ou par
semaine (art. 9 al. 3 aOPAS).

Dans le cas particulier, le coût des soins prodigués à T._____ - qui ont été facturés et remboursés par Helsana - s'est élevé en moyenne à 133 fr. 50 par jour. Ce coût, établi selon les dispositions tarifaires applicables dans le canton de Genève, ne fait pas l'objet du litige qui ne porte ainsi pas sur l'application du tarif des soins à domicile.

2.- Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà précisé dans l'arrêt D. du 18 décembre 1998 (RAMA 1999 n°KV 64 p. 64 sv), l'application du principe l'économicité ne signifie pas que l'assureur-maladie sera toujours en droit de limiter la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait à supporter en cas de séjour dans un home. L'appréciation du caractère économique ne doit en effet pas s'effectuer par une simple comparaison des frais de part et d'autre. Mais lorsque, au regard de mesures également adéquates, il existe une disproportion manifeste entre ces frais, la mise en oeuvre de soins à domicile ne peut plus être considérée comme économique, même au regard d'intérêts légitimes de l'assuré. Cela vaut aussi lorsque les soins à domicile s'avèrent dans le cas particulier à la fois plus efficaces et plus appropriés que le séjour dans un home (cf. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 52).
Par ailleurs, et contrairement à certaines opinions de la doctrine, le droit à des soins à domicile n'implique pas une priorité par rapport au principe l'économicité au point qu'il n'y aurait plus besoin, dans ce cas, de procéder à l'examen du caractère économique du traitement (arrêt F. du 22 septembre 2000 destiné à la publication, K 37/00). Ce principe fondamental garde au contraire son sens en ce qui concerne les conditions de la prise en charge des coûts dans l'assurance sociale (cf. art. 32 al. 1 LAMal). De même que le caractère économique du traitement n'autorise, pour patients atteints de maladie aiguë, un séjour dans un hôpital au tarif des établissements hospitaliers qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 362), cette même question se pose, notamment en présence de malades chroniques, pour les soins à domicile ou dans un home. A cet égard, les dispositions de l'art. 8a OPAS comme celles de l'art. 9 al. 3 aOPAS font dépendre la prise en charge des prestations étendues de soins à domicile de leur caractère économique au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal.

3.- a) Lors de son audition par les premiers juges, le docteur B._____, médecin traitant de l'intimée, a exposé que l'état de sa patiente était stable depuis 9 ans et ne nécessitait pas de traitement particulier si ce n'est d'entretien. Ce type de soins pouvait être prodigué aussi bien dans un home qu'à domicile. Mais il n'existait aucune urgence ni raison médicale de placer T._____, qui avait toute sa conscience, dans un établissement. Son époux lui prodiguait un soutien tant physique que psychique et elle était mieux chez elle qu'en institution où elle serait certainement fort déprimée.
Il ressort de ces explications que les soins nécessités par l'état de santé de T._____ pourraient aussi bien être administrés dans un home qu'à domicile. Sous l'angle médical exclusivement, tant la première que la seconde mesure remplissent les critères d'efficacité et d'adéquation. Cependant, du moment que le placement en institution de cette malade chronique, gravement atteinte dans sa santé, occasionnerait certainement, selon son médecin, une dépression (parce qu'elle devrait désormais vivre séparée de son mari), l'on doit tenir pour légèrement moins adapté et efficace, dans la comparaison des mesures, le placement dans un home. Cette constatation ne préjuge toutefois en rien de l'examen de l'économicité de la mesure auquel il faut procéder dans cette situation, comme il aurait fallu également le faire si l'on admettait le point de vue de la recourante selon lequel les deux mesures sont également adaptées et efficaces (cf. consid. 2a supra).

b) Dans le cadre d'un séjour dans un home, la recourante aurait dû verser pour son assurée le montant de 69 fr., ce qui correspond au forfait journalier convenu pour l'année 1999 dans le canton de Genève. Or, ce montant peut être comparé aux coûts que l'assurance a dû effectivement prendre en charge en 1998 (et dont

rien ne permet de penser qu'ils auraient été différents en 1999 dès lors que l'état de la patiente est décrit comme stable depuis 9 ans), soit 48 702 fr. 50 pour les soins à domicile proprement dits et 10 280 fr. 40 pour les frais de médecin, pharmacien, examens et physiothérapie. En proportion, cela représente des coûts 1,9 fois (pour les seuls soins à domicile) et 2,3 fois (pour l'ensemble des frais de soins) plus élevés que les frais forfaitaires pour les soins dans un home. Au regard de l'ensemble des circonstances, cela ne constitue pas une disproportion manifeste au point que la recourante serait en droit de limiter ses prestations au forfait journalier de 69 fr. Helsana devra en conséquence prendre en charge les frais de soins à domicile, définis à l'art. 7 al. 2 OPAS, au-delà du 1er janvier 1999.
Le recours est mal fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances

p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
III. Helsana Assurances SA versera à l'intimé la somme de 2000 fr. (y compris la taxe à la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.

IV. Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal administratif du canton de Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 12 février 2001

Au nom du
Tribunal fédéral des assurances
p. le Président de la IIe Chambre :

La Greffière :