

## VD\_FINDINFO AM 35/19 - 13/2020 vom 30. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_35\\_19\\_-\\_13\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_35_19_-_13_2020)

FR: VD\_FINDINFO AM 35/19 - 13/2020 du 30 avril 2020

IT: VD\_FINDINFO AM 35/19 - 13/2020 del 30 aprile 2020

### Regeste

RENTABILITÉ, PÉRIODE TRANSITOIRE, PARTICIPATION AUX FRAIS EN CAS DE SÉJOUR HOSPITALIER | 32 LAMal, 49 LAMal, 56 al. 1 LAMal

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 30.04.2020 AM 35/19 - 13/2020

RENTABILITÉ, PÉRIODE TRANSITOIRE, PARTICIPATION AUX FRAIS EN CAS DE SÉJOUR HOSPITALIER | 32 LAMal, 49 LAMal, 56 al. 1 LAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 35/19 - 13/2020 ZE19.049928 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 30 avril 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher , juge unique Greffière : Mme Popescu \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Hoirie de feu C.Z. \_\_\_\_\_, recourante, à savoir A.Z. \_\_\_\_\_, à [...], B.Z. \_\_\_\_\_, à [...], H. \_\_\_\_\_, à [...], et O. \_\_\_\_\_, à [...], représentée par Me Romain Deillon, avocat à Lausanne, et I. \_\_\_\_\_, à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 32, 49 al. 4 et 56 al. 1 LAMAL E n f a i t : A. Par télécopie du 9 octobre 2018, l'Hôpital [...] a adressé à l'assurance une « demande d'admission préalable en division B, avec l'autorisation expresse du médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS ) » concernant C.Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1925. Comme but du séjour, il était indiqué « soins palliatifs ». La demande indiquait en outre ce qui suit : « Diagnostic principal / Date et type d'intervention : AVC sylvien D profond (thalamique) d'origine le plus probablement cardioembolique sur FA et arrêt de l'ACO avec - hémisyndrome f-b-c s/m proportionnel G, anarthrie et déviation du regard vers la D. - TIV à 15h10 (DPBS 13h15) NIHSS au dé choc 20, post-TIV à 10. Comorbidités pertinentes pour cette demande : Adénocarcinome pancréatique d'emblée métastatique (hépatique) CIVD » Par télécopie du 11 octobre 2018, I. \_\_\_\_\_ (ci-après : I. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) a informé l'Hôpital [...] qu'elle garantissait la prise en charge des frais de chambre demi-privée/soins palliatifs pour trente jours. Il était mentionné ceci : « Taxe de soins dès le : 31 ème jour ». Par « avis d'entrée "B" » du 12 octobre 2018, l'Hôpital [...] a informé I. \_\_\_\_\_ de l'arrivée de l'assurée le jour même en provenance du Centre hospitalier [...] (ci-après : le [...]) dans le service des soins palliatifs. Par télécopie du 13 novembre 2018, la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital [...], a adressé à l'assurance une demande de prolongation de garantie de paiement en division B. Les indications suivantes étaient fournies : " Diagnostic principal / date de l'événement : Ad[é]nocarcinome pancréatique avec m[é]tastase h[é]patique Comorbidités pertinentes et / ou complications intercurrentes : - hémisyndrome facio-brachio crural à gauche - Altération de la vigilance - majoration des troubles intestinaux (douleurs abdominales, nausée, vomissement...) Prolongation de : 3 semaines Justification de la demande de prolongation : Péjoration état général. Instabilité clinique.

Gestion de l'antalgie, vomissement" Par télécopie du 16 novembre 2018, l'assurance a informé l'Hôpital [...] qu'elle prolongeait la garantie selon les mêmes modalités que précédemment jusqu'au 24 novembre 2018, soit pour quatorze jours. Il était précisé : « Taxe de soins dès le : 25 novembre 2018 ». Par télécopie du 28 novembre 2018, la Dre P. \_\_\_\_\_ a derechef sollicité une prolongation de la garantie pour trois semaines, le diagnostic principal étant le même que précédemment. Elle a par ailleurs indiqué ce qui suit : « Comorbidités pertinentes et / ou complications intercurrents : - Somnolence ++ - instabilité des douleurs, - Nausée, vomissement[s] fréquents. [...] Justification de la demande de prolongation : gestion de la douleur » Par lettre du 29 novembre 2018, l'assurance a écrit ceci à la Dre P. \_\_\_\_\_ (sic) : « Notre médecin-conseil a examiné soigneusement les documents mis à notre disposition. Il estime que les conditions médicales nécessaires à une suite des traitements de Madame C.Z. \_\_\_\_\_ en soins palliatifs ne sont plus remplies à partir du 25 novembre 2018. I. \_\_\_\_\_ se permet de vérifier un séjour hospitalier en soins palliatifs selon les critères d'une médecine qui s'oriente à l'efficacité, à l'adéquation et à l'économicité. Dans la situation actuelle de Madame C.Z. \_\_\_\_\_ ces critères ne sont plus rempli[s]. De notre point de vue et au regard d'un séjour de six semaines en soins palliatifs, nous estimons qu'il existait assez de temps pour stabiliser l'état de santé de Madame C.Z. \_\_\_\_\_ d'une manière qu'un encadrement en EMS soit possible à partir du 25 novembre 2018. Une suite des traitements en soins palliatifs n'est plus indiquée. De ce fait[,] nous vous confirmons de nouveau, comme nous vous l'avons communiqué déjà avec notre ultérieure lettre, que nous maintenons notre opinion et nous n'octroyons que la taxe de soins du forfait EMS à partir du 25 novembre 2018. En outre, vous nous avez fait parvenir hier votre demande de prolongation trop tardivement, car notre garantie s'est épuisée déjà le 24 novembre 2018. Selon annexe 1, chiffre 11 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), la prise en charge est garantie uniquement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. » Par courrier daté du 6 décembre 2018, A.Z. \_\_\_\_\_, fille de l'assurée, a demandé à l'assurance qu'elle motive de façon détaillée son refus de prise en charge. Le 10 décembre 2018, l'Hôpital [...] a adressé à l'assurance un document intitulé : « prescription médicale et avis d'entrée ou de sortie, de transfert ou de décès ». Selon ce formulaire, l'assurée avait été transférée le 26 novembre 2018 en « hébergement C Long-séjour y lit d'attente ». Le 18 décembre 2018, l'assurance a répondu à la fille de l'assurée, en substance, que son courrier du 29 novembre 2018 expliquait pourquoi elle ne garantissait que la taxe de soins du forfait EMS à partir du 25 novembre 2018. En outre, l'assurance a requis une procuration. Par courrier du 19 décembre 2018, H. \_\_\_\_\_, fille de C.Z. \_\_\_\_\_, médecin, a demandé à l'assurance de revenir sur sa décision. Elle a expliqué que l'état grave de l'assurée « nécessitait son maintien en soins palliatifs, ne serait-ce que pour soulager ses douleurs secondaires à son cancer du pancréas avec métastases qui provoquaient par ailleurs des troubles digestifs importants l'empêchant de s'alimenter ». Elle s'est étonnée que l'on puisse juger de l'état de sa mère sans avoir vu celle-ci. En outre, elle a informé l'assurance du décès de l'assurée le 13 décembre 2018. Par lettre datée du 21 décembre 2018, A.Z. \_\_\_\_\_ s'est opposée au refus de la prolongation de la garantie. Elle a demandé à l'assurance de rendre une décision sur opposition. Le 4 février 2019, l'assurance a écrit ceci à A.Z. \_\_\_\_\_ : « Nous vous remercions pour votre lettre du 21 décembre 2018 qui est parvenue au service du médecin-conseil, le 24 décembre 2018. Nous regrettons le décès de votre maman. Notre médecin-conseil le Docteur B. \_\_\_\_\_ a examiné attentivement votre lettre ainsi que la lettre de votre sœur Madame

H. \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2018. Pour donner une recommandation il peut prendre en compte uniquement les rapports médicaux des médecins traitants de la patiente. Le 13 et le 18 novembre 2018 notre médecin-conseil a reçu des rapports médicaux de la Doctoresse P. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital [...] pour une prolongation du séjour de votre maman. Après un nouvel examen de ces informations, il maintient son opinion que Madame C.Z. \_\_\_\_\_ aurait pu être traitée à partir du 25 novembre 2018, dans une institution de soins ou bien EMS. En outre, la Doctoresse responsable de l'Hôpital [...] n'a pas insisté, après avoir reçu notre lettre avec la confirmation de la taxe de soins du forfait EMS depuis le 25 novembre 2018. L'Hôpital [...] a accepté notre décision et le séjour de votre maman a déjà été facturé à I. \_\_\_\_\_ avec la taxe de soins du forfait EMS, à partir du 25 novembre 2018. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision d'I. \_\_\_\_\_, vous pouvez demander une décision formelle apte à recours à l'adresse indiquée sur ce courrier. » A.Z. \_\_\_\_\_ a requis une telle décision, par courrier du 11 février 2019. Le 6 mars 2019, I. \_\_\_\_\_ a adressé une décision à A.Z. \_\_\_\_\_, de laquelle il ressort que seules les prestations en cas de séjour dans un EMS seraient bonifiées dès le 25 novembre 2019. Cette décision a en particulier la teneur suivante : « 5. L'obligation d'allouer des prestations pour un traitement hospitalier stationnaire suppose, entre autres, une maladie qui nécessite un traitement aigu ou une réadaptation médicale dans des conditions hospitalières. La nécessité d'hospitalisation est indiquée dans le principal cas d'application lorsque les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires peuvent uniquement être exécutées de façon appropriée dans un établissement hospitalier étant donné qu'elles nécessitent de répondre impérativement aux conditions en matière d'appareillage et de personnel disponibles dans l'établissement hospitalier concerné. La nécessité d'hospitalisation peut également être indiquée lorsque les possibilités des alternatives de traitements ambulatoires sont épuisées et qu'il existe uniquement une chance de succès du traitement dans le cadre d'un séjour hospitalier. L'exigence de la nécessité d'hospitalisation est la résultante de l'offre du type de traitement économique. Le principe de subordination de l'hospitalisation s'applique vis-à-vis des alternatives plus avantageuses. 6. La preneuse d'assurance a séjourné du 30 septembre 2018 au 12 octobre 2018 pour un traitement stationnaire au [...] en raison d'une apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures ou traitement complexe de soins intensifs, avec diagnostic de complication ou trouble sévère des fonctions motrices. Le 12 octobre 2018, la preneuse d'assurance a été transférée à l'hôpital [...] pour la poursuite d'un traitement stationnaire. Dans la demande d'admission du 9 octobre 2018 est indiqué comme diagnostic principal/date et type d'intervention: AVC sylvien D profond (thalamique) d'origine le plus probablement cardioembolique sur FA et arrêt de l'ACO avec hémisyndrome f-b-c s/m proportionnel G, anarthrie et déviation du regard vers la D, TIV à 15h10 (DPBS 13h15), NIHSS au dé choc 20, post-TIV à 10. [...] 10. Sur la base de la recommandation du service du médecin-conseil, I. \_\_\_\_\_ refuse, par son courrier du 29 novembre 2018, la prolongation de la garantie de prise en charge des coûts pour 3 semaines supplémentaires. A titre de justification, il est mentionné que les conditions médicales (nécessité d'hospitalisation) pour un traitement en soins palliatifs ne sont plus remplies à partir du 25 novembre 2018. Il est indiqué comme motif qu'un séjour de six semaines en soins palliatifs était suffisant pour stabiliser l'état de santé de la preneuse d'assurance, dans la mesure où la poursuite d'une assistance de cette dernière aurait été possible dans un établissement médico-social à partir du 25 novembre 2018. 11. I. \_\_\_\_\_ rejoint l'avis ainsi que la recommandation du service du médecin-conseil et refuse la prise en charge des coûts pour le séjour stationnaire à l'hôpital [...] pour la période du 25

novembre 2018 au 13 décembre 2018. Sur la base des documents médicaux, il n'existe plus de nécessité d'hospitalisation à partir du 25 novembre 2018. Les soins et l'assistance de la preneuse d'assurance à partir du 25 novembre 2018 auraient pu être assurés tout aussi bien et de manière appropriée également dans un établissement médico-social. » A.Z. \_\_\_\_\_ a fait opposition le 3 avril 2019. Elle a écrit que sa mère avait nécessité un traitement aigu ou une réadaptation médicale dans des conditions hospitalières et des mesures thérapeutiques ne pouvant être exécutées de façon appropriée que dans un établissement hospitalier. Elle a relevé que l'assurance avait mentionné comme diagnostic principal l'AVC, mais que le cancer – motivant à lui seul le séjour en soins palliatifs – n'avait pas du tout été pris en considération. Elle a indiqué que ce cancer avait provoqué des douleurs abdominales profondes avec irradiation dorsale, qui avaient nécessité un traitement continu par morphine dont le dosage avait dû être réadapté quotidiennement en fonction des douleurs, nécessitant un personnel médical qualifié. Elle a ajouté que le cancer avait progressivement provoqué des troubles digestifs importants avec nausées et vomissements qui avaient nécessité impérativement une surveillance étroite pour éviter le risque de fausse route, précisant que l'assurée n'avait quasiment plus pu s'alimenter les trois dernières semaines. Elle a conclu que la surveillance nécessaire n'aurait en aucun cas pu être assurée dans un établissement médico-social (EMS). En juillet 2019, à la requête de l'assurance, l'Hôpital [...] a transmis à celle-ci divers documents, parmi lesquels figurait un avis de sortie établi le 26 octobre 2018 par la Dre P. \_\_\_\_\_, libellé comme suit (sic) : « Motif de prise en charge Prise en charge palliative post-AVC sylvien droit profond le 30.09.2018 thrombolysé d'origine probablement cardio-embolique sur FA et arrêt de l'ACO avec hémisyndrome facio-brachio-crural sensitivo-moteur gauche, anarthrie et déviation du regard chez une patiente connue pour un carcinome pancréatique métastatique au niveau hépatique diagnostiqué mi-septembre 2018. Diagnostic(s) Diagnostics principaux · Prise en charge palliative d'un adénocarcinome pancréatique diagnostiqué le 18.09.2018 d'emblée métastatique au niveau hépatique. Suspicion d'une 2ème néoplasie au niveau du c[ô]lon ascendant · AVC sylvien droit profond le 30.09.2018 thrombolysé d'origine probablement cardio-embolique sur FA et arrêt de l'ACO avec hémisyndrome f-b-c s/m gauche, anarthrie et déviation du regard o bilan neuropsychologique : anosognosie, troubles neurocognitifs moyens à graves avec héminégligence visuelle gauche, DST, troubles attentionnels Comorbidités actives · TVP proximale et distale (veine poplitée, veines tibiales post, veines péronières et veines jambières) du MIG, secondaires dans contexte néoplasique pancréatique et sous AC thérapeutique · Anémie hypochrome microcytaire arégénérative mixte oncologique, post-chimiothérapie et carencielle · CIVD sur atteinte hépatique métastatique, contexte oncologique, AVC ischémique avec supplémentation par vitamine K empiriquement · FA chronique lente · HTA · Hypothyroïdie · Constipation · Ostéoporose · PTH G 2010 Allergies Aucune allergie connue. Anamnèse actuelle Patiente transférée de neurologie du [...] où elle a été hospitalisée le 30.09.2018 pour un AVC sylvien droit profond (thalamique) d'origine probablement cardio-embolique sur FA et arrêt de l'ACO le 04.09.2018 avec hémisyndrome f-b-c s/m gauche, anarthrie et déviation du regard vers la droite traité par TIV. Patiente connue pour un adénocarcinome pancréatique diagnostiqué le 18.09.2018 d'emblée métastatique au niveau hépatique et une suspicion d'une 2ème néoplasie au niveau du c[ô]lon ascendant. La patiente a bénéficié pour cela [d']une séance de chimiothérapie Gemzar débutée le 29.09.2018 puis suspendue jusqu'à nouvel ordre. La patiente a également développé un TVP distale et proximale gauche le 05.10.2018 sous anticoagulation thérapeutique. A noter une anémie hypochrome microcytaire arégénérative

mixte oncologique et carenentielle et une CIVD avec supplémentation par vitamine K empiriquement

Status d'entrée Général : état général altéré, collaborante, bradypsychie, partiellement orientée dans les 3 modes, aires ganglionnaires susclaviculaire et ORL libres

Cardio-vasculaire : pouls radiaux réguliers bilatéraux, B1-B2 réguliers, pas de souffle, pas de TJ, pas d' OMI, PP non testés, TRC < 2 sec, douleurs à la palpation des mollets, gérontoxon

Pneumologique : bonne entrée d'air bilatérale avec hypoventilation aux bases, pas de bruit surajouté

Digestif : abdomen distendu souple, dépressible, diffusément douloureux sauf en hypogastre, péristaltisme quasi inexistant, EL -/-, matité aux flancs

Neurologique : force 5/5 aux membres droits, 3/5 à gauche (poignée de main, flexion AB et hanche), 2/5 à la flexion et extension du pied, léger déficit résiduel gauche au sourire et au gonflement des joues, RPA sans particularités, fatigabilité au suivi oculaire, épreuve cérébelleus[e] par les marionnettes correcte sous réserve de l'hémi-parésie gauche partielle, ROTs rotuliens normovifs symétriques, hypovifs au niveau bicipital, Babinsky négatif, roue dentée négative

Téguments : pâleur cutanée, conjonctive normo-colorée

Evolution et discussion

Madame C.Z.\_\_\_\_\_ a été admise dans notre service pour une prise en charge palliative dans les suites d'un AVC ischémique d'origine cardio embolique sur FA non anticoagulée depuis le diagnostic en 09.2018 d'un adénocarcinome pancréatique métastatique au niveau hépatique. Sur le plan oncologique, compte-tenu du grand âge et des complications de type CIVD survenues dans les suites d'une première cure de chimiothérapie palliative le 28.09.2018, il a été décidé par l'oncologue de suspendre ce traitement. L'anticoagulation par Clexane 60 mg a été poursuivie 2x/ jour afin de limiter le risque thrombo-embolique favorisé par la fibrillation auriculaire et le contexte oncologique. Sur le plan de l'état général, Madame a présenté un score de performance faible associé à une sarcopénie et un état d'asthénie relativement stable au cours du séjour. Elle était alitée la plupart du temps en dehors des heures de repas pour lesquels elle était mise au fauteuil. Sur le plan de l'antalgie, Madame était confortable sous morphine 5 mg toutes les quatr[e] heures. Elle présentait une dénutrition protéino-calorique sévère en lien avec une prise alimentaire très limitée sur inappétence et des besoins majorés par le contexte oncologique. Compte-tenu du contexte, seule une alimentation de plaisir a été préconisée. Elle a bénéficié d'une hydratation sous-cutanée. Sur le plan digestif, elle a présenté plusieurs épisodes de nausées et vomissements, cédant avec de l'Haldol en sous-cutané. Par ailleurs, une tendance à la constipation, favorisée par l'usage de morphiniques, a nécessité la prise concomitante de plusieurs laxatifs. La nuit du 13.12.2018, un encombrement bronchique sur probable broncho-inhalation est apparu. Nous avons suspendu les prises per os (médicaments/hydratation/alimentation) et introduit un patch de Scopolamine. Nous avons accompagné Madame C.Z.\_\_\_\_\_ qui est décédée confortablement, entourée de ses enfants l'après-midi du 13.12.2018. » Par décision sur opposition du 10 octobre 2019, l'assurance a rejeté l'opposition. Elle a relevé que, dans le cadre de l'examen de l'opposition, elle avait demandé des documents complémentaires à l'Hôpital [...] (lettre de sortie, graphique des soins pour la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018 et plan thérapeutique pour la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018). Elle a constaté que son médecin-conseil avait reçu l'avis de sortie du 26 octobre 2018, la liste des prestations pour la période du 12 octobre 2018 au 25 novembre 2018 et un extrait d'un colloque du 29 novembre 2018, mais que, bien que requis, ni le graphique des soins pour la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018, ni le plan thérapeutique et/ou la liste des prestations pour la même période n'avaient été communiqués. Elle a expliqué donc que son médecin-conseil s'était fondé sur les documents disponibles et que celui-ci considérait

qu'aucune hospitalisation n'était nécessaire pour la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018. Selon la décision sur opposition, il a exposé ceci, après avoir constaté que l'assurée ne pouvait pas rentrer chez elle : « Se pose la question de savoir si d'un point de vue médical, un autre séjour en milieu hospitalier ou un séjour dans un établissement médico-social à partir du 25 novembre 2018 était indiqué. Compte tenu de la situation globale et en raison de l'alitement complet de la preneuse d'assurance, les soins, le suivi et l'accompagnement de cette dernière auraient pu être assurés tout aussi bien et de manière appropriée également dans un établissement médico-social pendant la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018. Le remboursement des prestations en cas de séjour dans un établissement médico-social du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018 est par conséquent totalement justifié. » Ainsi, selon l'assurance, il n'existait pas de nécessité d'hospitalisation pour la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018. Elle a précisé que la nécessité d'un simple séjour en milieu hospitalier ne permettait fondamentalement pas de justifier une nécessité d'hospitalisation. Pour l'assurance, les soins donnés à l'assurée à la fin de sa vie auraient pu l'être dans un EMS. B. Par acte du 8 novembre 2019, A.Z.\_\_\_\_\_, B.Z.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, héritiers de feu C.Z.\_\_\_\_\_, ont recouru par l'entremise de leur conseil devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée. Sollicitant la production du dossier médical, ils ont conclu, principalement, à la réforme de cette décision, en ce sens que les frais de séjour sont assumés par I.\_\_\_\_\_ pour la période du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018, et subsidiairement, à l'annulation de ladite décision et au renvoi pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Ils produisent notamment un courrier adressé au médecin-conseil de l'assurance le 7 novembre 2019 par le Dr G.\_\_\_\_\_, directeur médical de l'Hôpital [...] et spécialiste en médecine interne générale, en pneumologie et en médecine palliative, dont la teneur est la suivante : « Ayant appris cette semaine l'existence d'un contentieux opposant la fille de la patiente susmentionnée à l'Assurance I.\_\_\_\_\_, je viens vers vous pour vous apporter les éléments suivants. Dans le cadre de son séjour dans notre Unité spécialisée de soins palliatifs (USP) du 12.10.2018 au 13.12.2018, date de son décès, notre médecin assistante vous a adressé 2 demandes de prolongation (13 et 28 novembre 2018). À votre demande d'information complémentaire, notre secrétariat médical vous a adressé le 3 juillet 2019 le résumé de sortie (avis de sortie provisoire) ainsi que des éléments infirmiers disponibles et extraits du dossier informatisé. Ces différents documents étant apparemment insuffisants pour démontrer la pertinence et l'adéquation de l'entier du séjour de C.Z.\_\_\_\_\_ dans notre USP (Label de Qualité palliative suisse obtenue en août 2014, renouvelé en mai 2019), je puis vous apporter les compléments d'information médicale suivants et correspondant à la période litigieuse du 25.10 au 13.12.2018. C.Z.\_\_\_\_\_, connue pour un adénocarcinome du pancréas, nous a été adressée du service de neurologie du [...] le 12.10.2018 dans les suites d'un AVC sylvien profond thrombolysé le 30.09.2018 avec persistance d'un héli-syndrome sensitivo-moteur gauche. Sa prise en charge dans notre USP a consisté, jusqu'à son décès survenu le 13.12.2018, en une approche interdisciplinaire conforme aux exigences des soins palliatifs complexes selon CHOP 93.8A, incluant des prestations interdisciplinaires, ainsi que de soutien du patient et de la famille. En particulier, les 19 derniers jours, une évaluation médicale quotidienne avec adaptation des traitements orientée sur la gestion complexe et évolutive des symptômes (nausées, vomissements, troubles du transit, épisodes de dyspnée sur fausses-routes, douleurs) était requise par son instabilité clinique, et relevait bien d'une prise en soin stationnaire hospitalière, et non

d'une prise en charge en hébergement. Une prise en soins en hébergement se serait avérée inhumaine et en inadéquation avec ses besoins (hydratation sous-cutanée, antalgie, détresse respiratoire sur fausses-routes requérant de la physiothérapie de désencombrement, troubles du transit). Au vu de ce qui précède, les critères requis pour une prise en charge palliative spécialisée jusqu'à son décès m'apparaissent donc remplir toutes les conditions d'efficacité et d'adéquation des soins. » Par réponse du 12 décembre 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours. Par réplique du 7 janvier 2020, les recourants ont confirmé leurs conclusions. Par duplique du 27 janvier 2020, l'intimée a maintenu sa position. Par acte du 4 février 2020, les recourants ont réitéré leur argumentation. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., compte tenu de la différence entre les coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et en EMS pour la période considérée ([331 fr. 20 – 78 fr.] x 19), la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge le séjour de l'assurée dans le service des soins palliatifs de l'Hôpital [...] ou si son état lui permettait d'être transférée dans un EMS, l'assurance ne devant prendre alors en charge que les frais relatifs à un tel séjour. Il est en revanche constant qu'un retour à domicile n'était pas envisageable. 3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Aux termes de l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. Les art. 26 à 31 LAMal contiennent des dispositions au sujet des mesures de prévention, de l'infirmité congénitale, de l'accident, de la maternité, de l'interruption de grossesse et des soins dentaires. Quant à l'art. 25 LAMal, intitulé « Prestations générales en cas de maladie », il est formulé comme suit dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 : « 1 L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. 2 Ces prestations comprennent : a. 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 : 1. des médecins, 2. des chiropraticiens, 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien ; b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien ; c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin ; d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ; e. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune ; f. ... f bis le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29) ; g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage ; h. les prestations des

pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b. » Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le législateur a introduit, par la loi du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins (RO 2009 3517 6847 ch. 1), l'art. 25 a LAMal, intitulé « Soins en cas de maladie ». Sa teneur est la suivante : « 1 L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. 2 Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49 a [LAMal] Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits. 3 Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis. 4 Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités. 5 Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. » Se fondant notamment sur les art. 25 a al. 3 et 33 al. 5 LAMal, ainsi que sur l'art. 33 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). A son art. 7 al. 3, il est prévu que sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25 a al. 2 LAMal les prestations mentionnées à l'alinéa 2 fournies par des infirmiers, organisations de soins et d'aide à domicile ou des établissements médico-sociaux (cf. art. 7 al. 1 OPAS) après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital. b) Selon l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2). Aux termes de l'art. 56 al. 1 LAMal, intitulé « Caractère économique des prestations », le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal). c) Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits ; en règle générale, il s'agit de forfaits par cas (art. 49 al. 1 LAMal). Sont considérés comme hôpitaux, selon l'art. 39 al. 1 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation. Aux termes de l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier ; si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal (coûts dans des établissements médico-sociaux au sens de l'art. 35 al. 2 let. k LAMal) est applicable (cf. aussi ATF 126 V 323 consid. 2b avec une exception). Les rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective

(art. 49 a al. 1 LAMal). Selon l'art. 50, première phrase, LAMal, en cas de séjour dans un établissement médico-social (au sens des art. 35 al. 2 let. k et 39 al. 3 LAMal), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25 a LAMal. Sont considérés en tant qu'établissements médico-sociaux, selon l'art. 39 al. 3 LAMal, les établissements ou institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée. d) L'application du principe de l'économicité (ou d'économie), retenu aujourd'hui aux art. 32 et 49 al. 4 LAMal, n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 362 consid. 1). L'assureur-maladie n'a pas à répondre du surcroît de coûts résultant du fait que l'assuré séjourne dans un établissement hospitalier parce qu'il n'y a pas de lit disponible dans un établissement médico-social (ATF 125 V 177 consid. 1b in fine ; 124 V 362 consid. 1b et les références citées ; TFA K 20/06 du 20 octobre 2006 consid. 1 ; K 56/00 du 29 janvier 2001 consid. 1a). e) Cependant, d'une part, le médecin traitant a une certaine marge d'appréciation pour estimer si un séjour hospitalier est nécessaire ou si un séjour dans un établissement médico-social ou une autre solution suffit. En effet, il n'est pas toujours facile de délimiter le stade de traitement nécessaire; parfois, il n'est même pas possible de les distinguer l'un de l'autre (ATF 124 V 362 consid. 2c ; TFA K 11/00 du 27 décembre 2000 consid. 2a). D'autre part, conformément à la jurisprudence fédérale constante, il convient, si nécessaire, d'accorder à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation d'un mois au plus pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type. Ainsi, il est tenu compte de l'intérêt de l'assuré conformément à l'art. 56 al. 1 LAMal (ATF 124 V 362 consid. 2c ; 115 V 38 consid. 3d ; TF 9C\_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2, in : SVR 2012 KV n° 16 p. 59 ; TFA K 175/05 du 12 avril 2006 consid. 2.2 ; K 44/05 du 20 octobre 2005 consid. 2.4 ; K 56/00 du 29 janvier 2001 consid. 1a ; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Zurich 2010, n° 23 ad art. 49 LAMal ; dito, Krankenversicherung, in : Ulrich Meyer (éd.), Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Tome XIV, 3 e éd., Bâle 2016, p. 544 n. 453 ; Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Lausanne 2004, p. 399 s. ; Hardy Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zurich 1995, p. 323 n° 452). Une telle période d'adaptation n'est en principe pas accordée, respectivement pas accordée de la même manière, si l'assuré entend rentrer à la maison après l'hospitalisation, pour autant que cela soit possible (TF 9C\_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2, cité in : SVR 2012 KV n° 16 p. 59 ; TFA K 179/04 du 17 janvier 2006 consid. 2.2.3 et K 180/04 consid. 2.3 ; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, op. cit., n° 23 ad art. 49 LAMal ; dito, Krankenversicherung, op. cit., p. 544 n° 453). Dans ce cas, en effet, si le retour est possible, l'assuré n'a pas à prendre de dispositions spéciales, notamment pour trouver une institution adaptée, pour lesquelles il faudrait lui accorder une période d'adaptation. Il en va différemment, s'il est prévu que l'assuré rentre à la maison, mais que cela nécessite de trouver des solutions adaptées, comme l'organisation de la fourniture de soins à domicile (TFA K 179/04 et 180/04 cité ; Longchamp, op. cit., p. 400). En particulier, dans l'arrêt cité K 180/04, le Tribunal fédéral des assurances a traité le cas d'une assurée qui devait rentrer à la maison où elle devait être suivie 24 heures sur 24 (all. : Rund-um-die-Uhr-Pflege). A cette occasion, il a constaté que si lesdits soins devaient effectivement être organisés, il restait que le médecin de l'hôpital

avait annoncé la fin de la nécessité du traitement hospitalier aigu, que les proches de l'assurée avaient alors envisagé le 23 avril 2003 son retour à la maison et que l'assurance avait encore garanti la prise en charge à l'hôpital jusqu'au 31 mai 2003. Partant, la juridiction fédérale a retenu qu'il n'était pas nécessaire d'octroyer à l'assurée un délai d'adaptation d'un mois supplémentaire au-delà de cette dernière date, l'intéressée ayant déjà bénéficié d'un temps d'adaptation de plus d'un mois. En ce sens, le Tribunal fédéral des assurances a en principe aussi reconnu un certain délai d'adaptation, selon que des soins à domicile devaient être organisés. Dans la cause K 179/04, la situation était semblable et le Tribunal fédéral des assurances a retenu qu'une période d'adaptation de trois semaines était suffisante. Par ailleurs, il va de soi que la période d'adaptation ne peut commencer à courir que dès le moment où le médecin traitant ou l'assurance informe l'assuré que la nécessité d'une hospitalisation n'est plus reconnue (cf. arrêts cités du TFA K 175/05 consid. 2.2.2 ; K 44/05 consid. 2.4 ; K 179/04 let. A et consid. 2.2.3 ; K 180/04 let. A et consid. 2.3 ; Longchamp, op. cit., p. 400).

4. a) Dans un premier moyen, les recourants ont fait valoir que le délai de trente jours n'avait commencé à courir que dès la notification du courrier du 29 novembre 2018, soit dès que l'intimée avait informé les personnes concernées qu'elle considérait que l'hospitalisation de l'assurée n'était plus nécessaire. Ils ont soutenu qu'ils n'avaient pas à prendre de dispositions avant cette date pour placer l'assurée dans un EMS. En réplique, ils ont relevé que la première garantie ne mentionnait pas expressément qu'au-delà du trentième jour, l'intimée ne prendrait en charge que les frais inhérents à un séjour dans un EMS ; cette garantie ne pouvait constituer une information à l'assurée lui signifiant que l'hospitalisation n'était plus nécessaire au-delà du trentième jour puisqu'elle ne contenait aucune indication en ce sens. Les recourants ont encore exposé que la seconde garantie était rédigée comme la première et ne permettait pas d'inférer que l'hospitalisation ne serait plus nécessaire au-delà de la date mentionnée. L'intimée a argué que le délai de trente jours avait commencé à courir dès la première garantie. Elle a relevé que cette garantie mentionnait qu'après trente jours, elle ne rembourserait que les prestations fournies en cas de séjour dans un EMS. Les proches de l'assurée devaient dès lors prendre leurs dispositions pour une solution alternative appropriée. Elle a ajouté qu'alors que l'Hôpital [...] avait demandé une prolongation de la garantie pour trois semaines, elle ne l'avait accordée que pour quatorze jours. Les proches de l'assurée ne pouvaient ainsi partir du principe que l'assurance prolongerait une nouvelle fois la garantie. Dans sa duplique, l'assurance a expliqué que l'Hôpital [...] l'avait informée le 9 octobre 2018 du séjour stationnaire prévu et que la demande de garantie faisait apparaître qu'il s'agissait de soins palliatifs et donc d'une hospitalisation en soins aigus. Or, elle a rappelé que les hospitalisations en soins aigus se caractérisaient par le fait que le séjour à l'hôpital ne durait pas très longtemps. L'intimée a également observé que les recourants se référaient à des arrêts concernant des cas de transfert dans une institution externe appropriée comme le transfert d'un hôpital de soins aigus dans un EMS. Elle a toutefois considéré qu'en l'espèce, le transfert de l'assurée dans une institution externe n'était pas nécessaire et que, lorsque l'indication médicale ne justifiait plus un traitement et des soins ou une réadaptation médicale en milieu hospitalier, un tarif « lit d'attente » était appliqué. L'argumentation d'I. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincante. Si elle devait être suivie, cela impliquerait que, comme le soulignent les recourants, dès le premier jour d'une hospitalisation, une solution devrait être recherchée pour un assuré dont il est avéré qu'il ne pourra regagner son domicile, alors qu'il n'est pas possible de déterminer à l'avance la durée d'une hospitalisation. Preuve en est, en l'occurrence, que l'intimée a prolongé la garantie

d'hospitalisation. La mention « Taxe de soins dès le 25 novembre 2018 » n'est, du reste, absolument pas évocatrice d'une fin de la prise en charge dans un établissement en lit « B ». Quant à la nécessité de l'hospitalisation de l'assurée jusqu'au 25 novembre 2018, elle n'est pas contestée par l'intimée, ainsi que cela résulte de l'avis de son médecin-conseil figurant dans la décision sur opposition. Cela étant, à supposer que l'on doive comprendre du fait que la garantie n'a été prolongée que deux semaines au lieu de trois que l'assurance ne prendrait plus en charge l'hospitalisation de l'assurée en lit « B » dès le 25 novembre 2018, force est de constater que le délai de trente jours n'était pas échu le 13 décembre 2018, jour du décès de l'assurée. Pour ces motifs déjà, le recours doit être admis. b) A cela s'ajoute que l'intimée a expliqué avoir demandé à l'Hôpital [...] de la documentation et que celle-ci ne lui a pas été entièrement fournie. Dès lors, son médecin-conseil s'est fondé sur les documents à disposition pour exprimer son avis. L'assurance fait ainsi supporter aux recourants les défauts de renseignements de l'Hôpital, ce qui paraît douteux au regard du devoir d'instruction incombant à l'assureur au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA. Il lui appartenait, cas échéant, de compléter l'instruction, en demandant un rapport à l'Hôpital, voire aux recourants. De même, l'intimée ne peut se prévaloir du changement de facturation effectué par l'hôpital, qui n'est pas partie à la procédure et qui ne saurait engager les recourants. Enfin, on peut relever que le courrier du 7 novembre 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_ est éloquent. Il fait état d'une évaluation médicale quotidienne avec adaptation des traitements orientés sur la gestion complexe et évolutive des symptômes (nausées, vomissements, troubles du transit, épisodes de dyspnée sur fausses-routes, douleurs). Il mentionne aussi l'instabilité clinique de la recourante. Or, ces éléments figurent parmi les « critères de transfert ou de recours à des soins palliatifs spécialisés » (cf. Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs, Office fédéral de la santé publique [OFSP], p. 12, ch. 2.2). Ces éléments justifient aussi l'admission du recours. Ceci étant, la requête tendant à la production du dossier médical n'a plus d'objet. 5. a) En conclusion, il convient d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge le séjour effectué par feu C.Z. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018 dans le service de soins palliatifs de l'Hôpital [...]

b) Il n'y pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) La partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 3'000 fr. à la charge de l'intimée ( cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 10 octobre 2019 par I. \_\_\_\_\_ est réformée, en ce sens que le séjour effectué par feu C.Z. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2018 au 13 décembre 2018 dans le service de soins palliatifs de l'Hôpital [...] est pris en charge par I. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. I. \_\_\_\_\_ versera à l'hoirie de feu C.Z. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. La juge unique : \_\_\_\_\_ La greffière : Du

L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Romain Deillon (pour l'hoirie de feu C.Z. \_\_\_\_\_), ■ I. \_\_\_\_\_, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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