

VD_FINDINFO AM 40/12 - 1/2014 vom 19. Dezember 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_40_12_-_1_2014

FR: VD_FINDINFO AM 40/12 - 1/2014 du 19 décembre 2013

IT: VD_FINDINFO AM 40/12 - 1/2014 del 19 dicembre 2013

Regeste

NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT HOSPITALIER, SÉJOUR À L'HÔPITAL, TRAITEMENT HOSPITALIER, SOINS MÉDICAUX, ASSURANCE DE BASE, PRESTATION{SENS GÉNÉRAL}, FRAIS{EN GÉNÉRAL}, PÉRIODE TRANSITOIRE, QUALITÉ POUR RECOURIR, INTÉRÊT MORATOIRE | 24 LAMal, 25 LAMal, 49 LAMal, 50 LAMal, 26 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.12.2013 AM 40/12 - 1/2014

NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT HOSPITALIER, SÉJOUR À L'HÔPITAL, TRAITEMENT HOSPITALIER, SOINS MÉDICAUX, ASSURANCE DE BASE, PRESTATION{SENS GÉNÉRAL}, FRAIS{EN GÉNÉRAL}, PÉRIODE TRANSITOIRE, QUALITÉ POUR RECOURIR, INTÉRÊT MORATOIRE | 24 LAMal, 25 LAMal, 49 LAMal, 50 LAMal, 26 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 40/12 - 1/2014 ZE12.040495 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 19 décembre 2013 _____ Présidence de M. Merz , juge unique Greffier : M. _____ Addor ***** Cause pendante entre : A.I. _____ , à Saint-Prex, recourant, représenté par Me Jean-Philippe Rochat, avocat à Lausanne, et SUPRA , à Lausanne, intimée. _____ Art. 26 LPGA; 24, 25, 25a, 49 et 50 LAMal; 7 OPAS E n f a i t : A. Feue B.I. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1924, a été assurée auprès de Supra (ci-après aussi: l'intimée) du 1 er janvier 1995 au 30 juin 2011 pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Elle est décédée le 18 juin 2011. En plus de l'assurance obligatoire de base, l'assurée avait contracté auprès de Supra les assurances complémentaires « Complementary plus » pour soins spéciaux élargis, « Ultra » pour hospitalisation en division privée ou en clinique, sans limitation du choix de l'établissement et « Natura » pour les frais de médecines alternatives. B. Le 18 mai 2011, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique M. _____ (ci-après: la clinique) à Lausanne sur demande du Dr G. _____. La demande de garantie d'hospitalisation adressée le jour même par la clinique à Supra contenait l'indication « Maladie » et le code diagnostique « 27 » comme motif de l'hospitalisation, respectivement comme origine de l'affection. Supra a confirmé la prise en charge sur la demande de garantie en y notant de manière manuscrite, en date du 19 mai 2011, « Accepté en privé pour la phase aiguë du traitement », document qu'elle a transmis le lendemain par télécopie à la clinique. L'assurée étant toujours hospitalisée le 23 mai 2011, Supra s'est adressée au Dr G. _____ par courrier du 24 mai 2011, avec copie à la clinique, comme suit: « (...), afin de permettre à notre médecin-conseil de formuler son préavis, nous vous saurions gré de le renseigner sur les points suivants: - Le diagnostic de l'affection traitée - Les éléments principaux de l'anamnèse - Le résumé du séjour actuel

indiquant les résultats des traitements et examens effectués ou projetés - L'évolution constatée à ce jour et le pronostic - La date à laquelle Mme B.I._____ pourra rentrer à domicile ou être transférée dans une autre structure Dans l'attente des renseignements requis, nous formulons toutes réserves quant au statut du séjour de notre assurée. » Le 1^{er} juin 2011, la clinique a adressé à Supra une demande de prolongation de la garantie d'hospitalisation avec les mêmes indications que sur la demande du 18 mai 2011. Supra y a répondu, par télécopie du 8 juin 2011, en apposant sur la nouvelle demande la remarque « Prolongation réservée, veuillez vous référer à notre courrier du 24.05.2011 dont vous trouverez une copie en annexe ». Par réponse manuscrite du 10 juin 2011 (au verso du courrier de Supra du 24 mai 2011), le Dr G._____ a notamment communiqué à Supra les diagnostics et expliqué que dans un premier temps l'assurée avait été sous perfusion; une intervention chirurgicale avait été prévue, mais vu l'aggravation de l'état de santé, il avait été renoncé à l'opération; il s'en est suivi des « soins de confort pour fin de vie », le pronostic étant très mauvais; un retour à domicile pour fin de vie était en voie d'organisation et envisagé dans une semaine environ pour autant que des soins à domicile (« infirmière 24/24 ») soient possibles. Par courrier du 30 juin 2011, Supra s'est adressé à la clinique en ces termes: « Notre médecin-conseil a bien reçu les renseignements médicaux requis le 24 mai 2011 concernant le séjour de notre défunte assurée précitée à la Clinique M._____ du 18 mai au 18 juin 2011. Sur la base des renseignements médicaux transmis à notre médecin-conseil, il s'avère que dès le 2 juin 2011 le séjour relève de soins palliatifs et non plus de soins aigus. Dans ce contexte, nous pouvons prendre en charge la phase aiguë dudit séjour, soit du 18 mai au 1^{er} juin 2011, en division privée. En revanche, du 2 au 18 juin 2011, s'agissant de soins palliatifs, nous allouons le forfait journalier conventionnel prévu à cet effet, soit CHF 282.- tout compris, au titre de l'assurance obligatoire des soins. En effet, l'assurance privée souscrite par feu Mme B.I._____ ne peut pas intervenir puisque ce type de séjour constitue l'un des risques exclus, au sens de l'art. 4.1.9 de nos conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire. Nous tenons encore à préciser que si notre défunte assurée n'avait pas expressément demandé à rester hospitalisée dans votre établissement en lieu et place d'être transférée dans une autre structure, il n'incombe pas à la succession de Mme B.I._____ d'assumer les frais non couverts par notre société. » Par courrier du 12 juillet 2011, la clinique a transmis à Supra deux factures d'un montant total de 20'288 fr., d'une part, et de 22'023 fr. 90, d'autre part. Par la même occasion, elle a confirmé la réception de la correspondance de Supra du 30 juin 2011 tout en indiquant ceci: « Au vu de cette dernière [il s'agit de la lettre de Supra du 30 juin 2011, réd.], nous vous remercions d'effectuer votre prochain versement selon vos propres critères et vous informons que nous nous permettrons de réclamer la différence à la succession de Feu Mme B.I._____ ». Le 5 septembre 2011, Supra a établi un décompte de prestations « tiers payant » selon lequel elle prenait en charge un montant de 14'807 fr. 15 pour le traitement du 18 mai au 18 juin 2011, dont était à déduire une participation de l'assurée de 480 fr. Il s'en est suivi un échange de correspondance entre Supra et le mandataire d'A.I._____, l'unique héritier de feu B.I._____. Dans une lettre du 13 avril 2012, ce dernier s'est notamment exprimé comme suit: « 7. Votre courrier du 30 juin 2011 mentionnait que: "sur la base des renseignements médicaux transmis à notre médecin-conseil, il s'avère que dès le 2 juin 2011 le séjour relève de soins palliatifs et non plus de soins aigus". Cette affirmation est infondée dans la mesure où les informations transmises par le Dr G._____ ne mentionnaient nullement la date du 2 juin comme le début de soins palliatifs. Mme B.I._____ était le 10 juin alors toujours en soins aigus à

la Clinique M._____ et le retour à domicile envisagé était en voie d'organisation. Les soins prodigués à Mme B.I._____ pouvaient donc au mieux être qualifiés de soins de transition mais certainement pas de soins purement palliatifs. Il est ainsi inexact de soutenir que le séjour de Mme B.I._____ du 2 juin 2011 au 18 juin 2011 relevait de soins palliatifs. Il convient encore de souligner que le Dr G._____ avait bien précisé qu'une assistance médicale permanente était une condition sine qua non au retour éventuel de Mme B.I._____ à son domicile. Des discussions ont certes eu lieu dès le 6 juin pour un éventuel retour au domicile, mais à aucun moment, une autorisation de sortie de clinique n'a été délivrée. 8. Il résulte des faits relatés ci-dessus que les soins prodigués à Mme B.I._____ du 2 au 18 juin 2011 ne peuvent être considérés comme des soins purement palliatifs et doivent au mieux être considérés comme des soins de transition. Or, les soins de transition, tout comme les soins aigus sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 25a, al. 2 LAMal). » Par décision formelle du 30 avril 2012, Supra a maintenu sa position d'accorder un forfait journalier de 282 fr. en faveur d'un séjour en soins palliatifs durant la période du 2 au 18 juin 2011. Par décision sur opposition du 6 septembre 2012, Supra a rejeté l'opposition du 1^{er} juin 2012 et confirmé sa décision du 30 avril 2012 « en ce sens que le séjour de Mme B.I._____ à la Clinique M._____ est indemnisé selon le tarif prévu par la convention qui nous lie avec dit établissement pour les soins aigus du 18 mai au 1^{er} juin 2011 et que du 2 au 18 juin 2011 le tarif journalier des soins palliatifs prévu par la CVHo réa [Convention vaudoise d'hospitalisation de réadaptation somatique 2011, réd.] est appliqué. » C. Par acte de son mandataire du 8 octobre 2012, A.I._____ (ci-après: le recourant) a interjeté un recours devant la Cour de céans en concluant à la réformation de la décision sur opposition en ce sens que Supra soit déclarée « débitrice du montant de CHF 15'160.45 (...) avec intérêt à 5% l'an dès le 2 juin 2012 et doit immédiat paiement à la Clinique M._____ ». Subsidiairement, il demande l'annulation de la décision sur opposition et le renvoi de la cause à Supra pour nouvelle décision. Par réponse du 29 novembre 2012, Supra a conclu au rejet du recours. Le recourant, par réplique du 16 janvier et mémoire du 8 mars 2013, et Supra, par duplique du 6 février 2013, ont maintenu leurs conclusions. Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris par la suite.

E n d r o i t : 1. En matière d'assurance obligatoire des soins, contrairement aux assurances complémentaires, la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances est ouverte. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause relève de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 57 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1], art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], art. 83b et 83c LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01], art. 36 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007; RSV 173.31.1]). Feue B.I._____ qui avait conclu un contrat d'assurance pour elle-même auprès de l'intimée, n'a, à la suite de son décès, plus la capacité d'être partie. Par contre, le recourant en tant qu'héritier de feue B.I._____ a qualité pour recourir selon l'art. 59 LPGA, puisque la décision attaquée touche l'héritage (cf. ATF 136 V 7 consid. 2.1.1; 99 V 58 consid. 1a; TF 8C_146/2008 du 22 avril 2008 consid. 1, in: SVR 2008 UV n° 20 p. 74). Le fait que le recourant ait adressé son recours au tribunal en indiquant comme partie « Succession feue B.I._____ (...) représentée par A.I._____ » n'entraîne pas l'irrecevabilité du recours. Interjeté dans la forme et le délai prescrits (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours d'A.I._____ est recevable. 2. La question litigieuse est de savoir, si et dans quelle mesure l'intimée est tenue

de prendre en charge les coûts de l'hospitalisation du 2 juin 2011 jusqu'au décès de son assurée, le 18 juin 2011. 3. a) Selon l'art. 24 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), 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^{er} 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^{er} 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. 25a 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. 49a [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. 25a al. 3 et 33 al. 5 LAMal ainsi que 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. 25a 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 (cf. 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. 49a 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. 25a 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 (auparavant l'art. 49 al. 3 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 (cf. ATF 124 V 362 consid. 2c; TFA K 11/00 du 27 décembre 2000 consid. 2a). D'autre part, conformément à la jurisprudence constante rendue par l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA), puis par le Tribunal fédéral (TF), 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 (cf. 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, 2010, n. 23 ad art. 49 LAMal; dito, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer (éd.), Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Tome XIV, 2 e éd. 2007, p. 529 n. 399; 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, 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 (cf. TF cité in: SVR 2012 KV n° 16 p. 59 consid. 2.2; 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. 529 n. 399). 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 (cf. TFA K 179/04 et 180/04 cité; Longchamp, op. cit., p. 400). Ainsi, dans l'arrêt cité K 180/04, le Tribunal fédéral des assurances avait 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). Le Tribunal fédéral des assurances avait retenu que lesdits soins devaient effectivement être organisés; mais vu que le médecin de l'hôpital avait annoncé la fin de la nécessité du traitement hospitalier aigu, que les proches de l'assurée avait 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, il n'était pas nécessaire d'octroyer à l'assurée un délai d'adaptation d'un mois supplémentaire au-delà de cette dernière date. Car elle avait déjà bénéficié d'un temps d'adaptation de plus d'un mois. Ainsi, 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 avait 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). f) En l'espèce, le recourant fait valoir qu'il ressort des rapports médicaux que les soins prodigués en date du 2 juin 2011 faisaient encore partie des soins aigus. L'assurée aurait notamment subi ce jour un électrocardiogramme (ECG) complet et de nombreux soins et traitements lui auraient été prodigués. Pour la période qui a suivi, le Dr G._____ aurait soulevé la difficulté d'établir une distinction entre soins aigus et soins palliatifs. Quant à l'intimée, elle expose que selon son médecin-conseil, le rapport du Dr G._____ du 10 juin 2011 décrirait que la décision des « soins de confort » aurait déjà été prise avant cette dernière date. De fait, il ressortirait des factures de la Clinique M._____ que depuis le 3 juin 2011 les investigations et la prescription de médicaments auraient cessé. Les dernières investigations de laboratoire auraient été effectuées le 31 mai 2011, les dernières investigations

radiologiques ayant eu lieu le 25 mai 2011. A partir du 31 mai 2011, les moyens engagés auprès de l'assurée ne pourraient plus être définis comme des mesures médicales continues et intensives qui caractériseraient les soins aigus. g) Au vu des pièces au dossier, il doit en tout cas être admis que les soins devaient être qualifiés comme aigus jusqu'au 31 mai 2011. Il est aussi incontesté que l'assurée nécessitait après les soins aigus et jusqu'à son décès des soins à domicile assuré 24 heures sur 24 ou alors des soins dans un établissement médico-social. Dans cette mesure et même s'il s'agissait pour l'assurée de pouvoir rentrer à la maison, une période d'adaptation devait lui être accordée selon les principes évoqués ci-dessus au considérant 3 e). Même en retenant le 31 mai ou le 1^{er} juin 2011 comme date déterminante pour le passage des soins aigus à des soins de confort ou palliatifs, la période d'adaptation ne pouvait pas encore être arrivée à échéance au jour du décès de l'assurée, le 18 juin 2011, dès lors que moins de trois semaines séparent ces dates. Ainsi, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la question de savoir à quelle date précise, postérieurement au 31 mai 2011, les soins aigus ont effectivement pris fin et quand l'assurée ou ses proches en ont été informés afin de pouvoir prendre les dispositions nécessaires. En tout cas aussi longtemps que les investigations étaient en cours – soit au minimum jusqu'au 31 mai 2011 –, l'assurée et ses proches n'avaient pas de raisons de déjà entreprendre des démarches concrètes en vue d'organiser des soins à domicile 24 heures sur 24. Dès lors, l'intimée doit prendre en charge les soins jusqu'au 18 juin 2011 inclus sur la base des soins aigus à l'hôpital selon l'art. 49 LAMal. Elle ne peut accorder des prestations entre le 2 et le 18 juin 2011 que sur la base de l'art. 50 LAMal. h) Il est toutefois renvoyé à l'art. 49 al. 5 LAMal selon lequel le forfait hospitalier pour soins aigus « épuise (nt) toutes les prétentions de l'hôpital » quant aux prestations prévues par la LAMal. Ainsi, l'intimée n'a pas à prendre en charge, en plus du forfait, d'autres positions facturées par l'hôpital en application de l'OPAS (notamment radiologie, cardiologie, laboratoire, médicaments). i) Le recourant demande des intérêts moratoires. Aux termes de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. En vertu de l'art. 7 al. 1 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11), le taux est de 5% par an. N'ont toutefois pas droit à des intérêts moratoires, selon l'art. 26 al. 4 LPGA, la personne ayant droit aux prestations ou ses héritiers, lorsque les prestations sont versées rétroactivement à des tiers (let. a), les tiers qui ont consenti des avances ou provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 22, al. 2, et auxquels les prestations accordées rétroactivement ont été cédées (let. b) et les autres assurances sociales qui ont provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 70 LPGA (let. c). Eu égard à l'art. 26 al. 4 LPGA et aux conclusions du recourant qui demande paiement par l'intimée à la Clinique M. _____, il n'y a pas lieu de fixer des intérêts moratoires. 4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée annulée, l'intimée étant condamnée au versement de prestations, à l'intention de la Clinique M. _____ pour soins hospitaliers, en application de l'art. 49 LAMal, non seulement pour la période comprise entre le 18 mai 2011 et le 1^{er} juin 2011, mais aussi pour la période courant du 2 au 18 juin 2011, en tenant compte de ce qu'elle a déjà versé pour cette période sur la base d'autres dispositions (notamment de l'art. 50 LAMal). 5. La procédure étant gratuite, des frais judiciaires ne sont pas prélevés. L'intimée versera au recourant, qui est représenté par un avocat et obtient partiellement gain de cause, une indemnité de dépens d'un montant de 2'500 fr. (cf. art. 61

let. a et g LPGA; 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue par Supra le 6 septembre 2012 est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle procède au calcul et paiement à la Clinique M._____, conformément aux considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. L'intimée versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Jean-Philippe RoCHAT, avocat (pour A.I._____), ■ Supra, - 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). Le greffier :

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