

VD_GERICHTE ZK16.028091 vom 22. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZK16.028091

FR: VD_GERICHTE ZK16.028091 du 22 septembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZK16.028091 del 22 settembre 2020

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL TARB 4/16 - 15/2020 ZK16.028091 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Jugement du 22 septembre 2020 _____ Composition : M MÉTRAL,
président Mmes Felder et Anchisi, arbitres Greffier : M. Germond ***** Cause pendante
entre : A. _____, à [...], demanderesse, représentée par E. _____, à
Lausanne, et SANITAS ASSURANCES DE BASE SA, à [...], défenderesse.

_____ Art. 7 OPAS 406

- 2 - E n f a i t : A. G. _____, né en [...], domicilié à [...], est affilié à Sanitas Assurances de base SA (ci-après : Sanitas) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Il a reçu des soins à domicile dispensés dès le 15 juillet 2015 par A. _____ (ci-après : A. _____). Cette dernière est membre de l'E. _____. Le 27 juillet 2015, A. _____ a adressé à Sanitas un formulaire d'évaluation des soins requis (« formulaire d'évaluation des prestations ») au sens de l'art. 8 de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31), pour la période du 15 juillet au 13 octobre 2015. Le formulaire était signé par le référent à domicile, N. _____, et la Dre I. _____. Les prestations nécessaires pour l'assuré étaient évaluées à 9h40 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 2h00 par semaine, 8h40 par mois et 26h00 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 40h35 par semaine, 176h25 par mois et 529h10 par trimestre pour les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il était précisé qu'il s'agissait d'une situation complexe et que le temps passé par semaine pour les soins de base à deux intervenants était de 2210 minutes, soit environ 36,8 heures. La Dre I. _____ précisait que l'arrivée de l'assuré avait été complexe et il était possible que le temps de prise en charge diminue. Il était prévu de faire le point à la fin du mois d'août. Le 3 décembre 2015, A. _____ a transmis un nouveau formulaire d'évaluation des prestations pour la période du 24 novembre au 24 décembre 2015. Le formulaire avait été signé les 24 et 30 novembre 2015 par N. _____, et la Dre I. _____. Les prestations nécessaires pour l'assuré étaient désormais évaluées à 3h10 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 1h15 par semaine, 5h15 par mois et 15h40 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 34h20 par semaine,

- 3 - 149h10 par mois et 447h20 par trimestre pour les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il était précisé que tous les soins de base étaient réalisés par deux intervenants, de sorte et que les temps indiqués englobaient toutes les interventions. Le 25 novembre 2015, A. _____ a également transmis une liste des prestations prévues, avec indication, pour chaque prestation, de la durée et de la fréquence des soins. Par courrier électronique du 14 décembre 2015, J. _____, « case manager » pour Sanitas, a constaté

plusieurs divergences entre cette liste de prestations prévues et le catalogue de prestations « RAI-Home- Care Suisse ». Il a également demandé des précisions sur les prestations figurant avec l'indication « description libre ». Enfin, il a « rappelé » que « les prestations remboursées par l'assurance le sont au sens de l'art. 7a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), le nombre d'intervenant n'étant pas pris en compte ». Il a requis l'établissement d'une nouvelle « fiche OPAS » tenant compte de ces remarques. Le 19 janvier 2016, A. _____ a répondu en précisant que G. _____ souffrait d'une tétraparésie et était amputé d'un membre inférieur. Il était totalement dépendant pour les actes de la vie quotidienne, les mobilisations, transferts et déplacements, de sorte que l'intervention de deux collaborateurs était nécessaire matin et soir. Les transferts étaient réalisés à l'aide d'un lève-personne. L'assuré était installé en fauteuil roulant et était dépendant d'une tierce personne pour ses déplacements. Il souffrait d'une incontinence mixte, de douleurs fluctuantes, d'une escarre talonnière, avec un risque d'altération cutanée majeur. D'autres précisions étaient données en rapport avec les différents soins fournis. Par ailleurs, le passage de l'après-midi avait pu être supprimé après que les proches aidants avaient été coachés et avaient pris confiance pour effectuer certaines prestations de manière autonome. La situation était désormais stabilisée et une « évaluation RAI » serait prochainement effectuée. Sanitas était par ailleurs invitée à procéder à une visite à domicile.

- 4 - Le 12 février 2016, se référant notamment à une visite de son « case manager » au domicile de M. G. _____, Sanitas a accepté de prendre en charge les prestations fournies à G. _____ à raison de 1 heure par mois pour l'évaluation et les conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS), de 3h15 par mois pour les examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS) et de 76h45 par mois pour les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS). Sanitas a pris position de manière plus détaillée sur diverses prestations. A. _____ a contesté cette limitation de prise en charge le 10 mars 2016. Les 9 mars, 13 avril, 10 mai et 8 juin 2016, A. _____ a adressé à Sanitas quatre factures pour les soins dispensés à G. _____, pour un montant total de 29'711 fr. 25. Ces factures étaient de 8'395 fr. 45 pour les prestations en février 2016, correspondant à 3h55 pour les évaluations et les conseils, 5h15 pour les examens et traitements, et 141h45 pour les soins de base (facture n° [...]), de 8'199 fr. 95 pour les prestations en mars 2016, correspondant à 50 minutes pour les évaluations et les conseils, 1h05 pour les examens et traitements et 147h40 pour les soins de base (facture n° [...]), de 7'821 fr. 45 pour les prestations en avril 2016, correspondant à 1h05 pour les évaluations et les conseils et 141h40 pour les soins de base (facture n° [...]), et de 5'294 fr. 40 pour les prestations en mai 2016, correspondant à 1h30 pour les évaluations et conseils, 3h55 pour les examens et traitements, et 90h05 pour les soins de base (facture n° [...]). Sur ces quatre factures, Sanitas a payé, à une date que l'on ignore, un montant total de 17'952 fr. 15 (4'830 fr. 05 pour les prestations en février 2016, 4'311 fr. 50 pour les prestations en mars 2016, 4'260 fr. 60 pour les prestations en avril 2016 et 4'550 fr. pour les prestations en mai 2016). B. Parallèlement à ce qui précède, un litige est survenu entre Q. _____ (ci-après : Q. _____) et Sanitas, à propos des soins à domicile pour une autre assurée, L. _____. Comme dans le cas de G. _____, les

- 5 - soins à L. _____, ou une partie d'entre eux tout au moins, étaient dispensés par deux infirmiers et Sanitas avait fortement réduit les prestations dont elle admettait la prise en charge, par rapport à l'évaluation des soins requis que lui avait adressée le fournisseur des prestations, et n'avait acquitté qu'en partie les factures qui lui avaient été adressées par ce dernier. C. Le 16 juin 2016, la Q. _____ et A. _____, représentées par

l'E. _____, ont saisi le Tribunal arbitral des assurances d'une demande tendant au paiement, par Sanitas, de « la contribution prévue à l'art. 25 al. 1 LAMal à l'ensemble des heures de prestations au sens de l'art. 7 OPAS qui lui ont été facturées [...] entre janvier et mars 2016 au nom de la patiente L. _____ et [...] depuis décembre 2015 au nom du patient G. _____. Elle a déposé diverses pièces en annexe à sa demande. Le 22 juin 2016, le Président du tribunal arbitral des assurances a disjoint les causes et informé les parties qu'une procédure était ouverte, l'une sous le numéro T. arb. 3/16 concernant le litige entre la Q. _____ et Sanitas, l'autre sous le numéro T. arb. 4/16 concernant le litige entre A. _____ et Sanitas. Le Président du Tribunal arbitral des assurances a également invité l'E. _____ à produire une procuration en sa faveur, signée par des personnes pouvant engager A. _____ par leur signature, ainsi qu'un exemplaire des recours signé par des personnes pouvant engager l'E. _____ par leur signature. Il a requis la production de la Convention administrative entre l' [...], l' [...] et [...], à laquelle se référait l'E. _____ dans son mémoire de demande. Enfin, il a invité l'E. _____ à chiffrer le montant de ses prétentions pour A. _____. Le 16 août 2016, l'E. _____ a produit les documents requis et chiffré à 11'759 fr. 10 le montant de ses prétentions pour A. _____. Le 14 septembre 2016, la demanderesse a versé une avance de frais de 300 fr. en vue de la procédure de conciliation devant le Tribunal arbitral.

- 6 - A la demande des parties, la cause a été suspendue du 15 novembre au 16 décembre 2016 pour permettre aux parties de mener des discussions transactionnelles. Le 28 février 2017, Sanitas s'est déterminée sur la demande en concluant à son rejet et en produisant, concernant le dossier T. arb. 4/16, sa lettre du 12 février 2016 au Centre Médico-social de [...]. Le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation le 9 mai 2017, sans succès. Les parties ont néanmoins annoncé poursuivre leurs discussions, de sorte qu'un délai échéant le 30 juin 2017 leur a été imparti pour soumettre au Tribunal arbitral des assurances une éventuelle transaction. A défaut, la partie défenderesse était invitée à communiquer au tribunal une détermination relative à la visite effectuée au domicile de G. _____, aux constatations effectuées alors sur une éventuelle contrainte architecturale en relation avec les moyens auxiliaires préconisés, ainsi qu'à préciser les moyens auxiliaires envisagés en se référant aux dispositions de l'Ordonnance du DFI concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI ; RS 831.232.51). La partie demanderesse était pour sa part invitée à préciser quels proches aidants pouvaient contribuer à limiter l'intervention d'un second auxiliaire de santé. Le 29 juin 2017, la demanderesse a informé le Tribunal arbitral des assurances du fait que selon le dossier patient de G. _____, son entourage était composé de son épouse et de son fils. Ces proches avaient pu être coachés pour être suffisamment en confiance afin d'effectuer, en lieu et place des auxiliaires de santé, des activités d'aide aux actes de la vie quotidienne prévus l'après-midi (transferts entre le fauteuil et le lit). Cette aide impliquait des actes en vue de sécuriser le patient lors de l'installation sur le lève-personne, ou de régler les fixations de ce dernier. Au vu des risques d'escarres, un transfert vers le lit devait être envisagé l'après-midi, en sus des interventions des auxiliaires de santé le matin et le soir, qui étaient composées d'actes avec des exigences plus élevées en

- 7 - termes sécuritaires et d'efforts physiques. Enfin, l'épouse du patient gérait actuellement également les repas, les courses, les transports et le traitement médicamenteux. Pour sa part, la défenderesse a requis une prolongation du délai imparti par le tribunal pour l'informer d'une éventuelle transaction. Le tribunal a prolongé le délai au

31 août 2017, puis au 2 octobre 2017. Le 2 octobre 2017, la défenderesse a informé le tribunal de l'échec des discussions transactionnelles. Le 13 février 2018, elle a communiqué au tribunal une détermination de J. _____ indiquant que la visite à domicile avait été effectuée en février 2016 et qu'il ne lui était pas possible d'affirmer avec certitude qu'il y avait de la place dans la chambre pour l'installation d'un élévateur (« cigogne »). Le procès-verbal indiquait que l'appartement avait été en partie aménagé, que l'assuré avait dû déménager dans une chambre plus grande, mais sans vue extérieure depuis le lit, et que l'accès à la douche était compliqué par un meuble fixe limitant le passage. Deux photos de la chambre de G. _____ étaient jointes à l'envoi de Sanitas. Le 20 décembre 2018, le tribunal a impartit à la demanderesse un délai échéant le 21 janvier 2019 pour produire les formulaires d'évaluation des soins requis pour toute la période du 1er février au 31 mai 2016. Le 8 janvier 2019, la demanderesse a produit un formulaire d'évaluation des prestations daté des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016, et signé par N. _____ et la Dre I. _____. Selon ces documents, les prestations nécessaires pour l'assuré étaient désormais évaluées, pour la période du 25 décembre 2015 au 24 mars 2016, à 6h30 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 1h20 par semaine, 5h35 par mois et 16h45 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 36h05 par semaine, 156h30 par mois et 469h30 par trimestre pour les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Pour la période du 25 mars 2016 au 23 juin 2016, les prestations d'évaluation et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS étaient évaluées à 6h30 par trimestre, les examens et traitements

- 8 - au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS à 5 minutes par semaine, 10 minutes par mois et 25 minutes par trimestre, alors que les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS étaient évalués à 35h40 par semaine, 154h45 par mois et 464h15 par trimestre. Le formulaire contient la mention que « les soins de base sont réalisés à deux intervenants, aussi les temps indiqués englobent toutes les interventions ». Ces documents ont été transmis à la défenderesse pour information. Le 6 mai 2020, le tribunal a invité la demanderesse à verser une avance de frais complémentaire de 2'700 fr. en précisant que sauf réquisition complémentaire, un jugement pourrait ensuite être rendu dans un délai estimé à trois mois. Le 27 mai 2020, il a informé les parties du fait qu'une copie des écritures et pièces du dossier T. arb. 3/16 étaient versées au dossier de la cause T. arb. 4/16. E n d r o i t : 1. a) D'après l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral (al. 1). Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (al. 3). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (al. 4). b) Dans le canton de Vaud, le Tribunal arbitral des assurances est rattaché à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 36 al. 2 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre - 9 - 2007 ; BLV 173.31.1]). Il est présidé par un juge cantonal désigné par le Président du Tribunal cantonal, ainsi que par deux arbitres désignés pour chaque affaire par son Président (art. 114 al. 1 à 3 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative

; BLV 173.36]). En pratique, le Président du Tribunal arbitral désigne généralement un arbitre parmi ceux proposés par la partie demanderesse et un arbitre parmi ceux proposés par la partie défenderesse. Pour le surplus, la procédure est régie par les art. 115 s. LPA-VD et par les art. 106 s. LPA-VD relatifs à l'action de droit administratif (par renvoi de l'art. 116 LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile ordinaire (art. 109 al. 2 LPA-VD et art. 243 al. 3 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide ; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Compte tenu de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche de la procédure simplifiée prévue par le CPC, selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 CPC). c) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur l'action en paiement déposée le 16 juin 2016. La demande n'a pas été déposée dans les formes requises pour la procédure civile ordinaire, mais on peut néanmoins admettre, au vu de la valeur litigieuse et de la nature du litige, ainsi que de l'exigence de simplicité de la procédure, qu'elle est recevable. Il en va de même de la réponse de l'intimée. Cela étant, il convient de préciser que le Tribunal arbitral n'examinera pas d'office toutes les hypothèses de fait ni tous les

- 10 - arguments juridiques envisageables à l'appui des conclusions de l'une ou l'autre des parties ; il se limitera aux faits allégués et arguments soulevés et, à défaut, n'examinera d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier. Sur le plan matériel, il s'agit bien d'un litige opposant un assureur-maladie et un fournisseur de prestations. 2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au paiement des prestations à domicile qu'elle a facturées pour les mois de février, mars, avril et mai 2016. Il n'est pas contesté qu'elle est en droit de facturer directement ses prestations à la défenderesse conformément au système du tiers payant prévu par la convention administrative qui lie les parties (art. 9 al. 1 de la Convention administrative entre l'[...] l'Association [...] [...]), d'une part, et [...] Assurances SA et al., Sanitas Assurances de base SA et al., et [...] Caisse maladie SA, d'autre part, concernant la rémunération des prestations de l'Aide et des soins à domicile, valable dès le 1er janvier 2016). 3. a) D'après 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. Selon l'art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal, ces prestations comprennent notamment les examens et les traitements 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. Conformément à l'art. 25a al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins verse une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire à domicile, mais également dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations mentionnées à l'art. 25 al. 2 LAMal qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Selon l'art.

25a al. 3 LAMal, il désigne les soins mentionnés à l'art. 25a al. 1 LAMal et fixe la procédure d'évaluation des soins requis. Il fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins (art. 25a al. 4 LAMal).

- 11 - b) Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de définir les prestations visées aux art. 25 al. 2 et 25a al. 1 LAMal qui ne sont pas fournies par les médecins et les chiropraticiens (art. 33 al. 2 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). En se fondant sur cette délégation, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 7 s. OPAS. Il a notamment ordonné que l'assurance obligatoire des soins prenne en charge les soins dispensés ambulatoirement par des infirmiers et infirmières, des organisations d'aide et de soins à domicile et des établissements médicaux sociaux (art. 7 al. 1 OPAS), en particulier l'évaluation, les conseils et la coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), les examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS) ainsi que les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS). Pour les infirmiers et infirmières, ainsi que pour les organisations de soins à domicile, le tarif horaire était, en 2016, de 79 fr. 80 pour les prestations mentionnées à l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 65 fr. 40 pour les prestations visées à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 54 fr. 60 pour les prestations visées à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (art. 7a al. 1 OPAS). Le remboursement est effectué par unité de temps de 5 minutes, mais au moins 10 minutes sont remboursées (art. 7a al. 2 OPAS, dans sa teneur en vigueur à l'époque). c) La prescription ou le mandat médical détermine sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile (art. 8 al. 1 OPAS, dans sa teneur en vigueur en 2016). L'évaluation des soins requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire. Celui-ci indiquera notamment le temps nécessaire prévu. Les partenaires tarifaires établissent un formulaire uniforme (art. 8 al. 3 OPAS, dans sa teneur en vigueur en 2016). Les assureurs peuvent exiger que les données de l'évaluation des soins requis relevant des prestations prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS leur soient communiquées (art. 8 al. 5 OPAS, dans sa teneur en vigueur en 2016).

- 12 - 4. a) Le temps nécessaire aux prestations dispensées à domicile par des infirmiers ou infirmières, par une organisation d'aide et de soins à domicile ou un établissement médico-social, de même que le type de soins et la manière de les dispenser relèvent de l'appréciation du prestataire de soins et du médecin délivrant le mandat de prestations. L'évaluation des soins requis est en principe déterminante pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Elle peut être contrôlée en vue de vérifier que les prestations en question sont comprises dans celles prévues par les art. 7 s. OPAS. Toutefois, pour l'appréciation du besoin concret de soins, le prestataire de soins et le médecin traitant qui délivre le mandat de prestations – et qui connaît bien l'évolution de l'état de santé de son patient – disposent d'un pouvoir d'appréciation sur lequel il n'y a lieu d'intervenir qu'avec retenue. Il convient par ailleurs de prendre en considération la présomption légale d'après laquelle les prestations ordonnées par un médecin sont efficaces, appropriées et économiques (ATF 129 V 167 consid. 3 ; TF 9C_912/2017 du 6 décembre 2018 ; TF 9C_1/2018 du 16 octobre 2018 consid. 4.2.2.2 ; TF 9C_528/2012 du 20 juillet 2013 consid. 4 ; TF 9C_365/2012 du 31 octobre 2012 consid. 4.1). b) L'art. 8a al. 3 OPAS (dans sa teneur en vigueur en 2016) prévoit une procédure de contrôle du bienfondé de l'évaluation des soins requis, ainsi que de l'adéquation et du caractère économique des prestations. Dans ce contexte, les prescriptions et mandats médicaux peuvent être examinés par le

médecin-conseil lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Ils peuvent être examinés par sondages lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre. On ne peut toutefois pas déduire de cette disposition que l'appréciation du médecin-conseil prévaudrait de manière générale. Lorsqu'elle ne repose pas sur une évaluation personnelle préalable de l'état de santé de la personne assurée, mais simplement sur des valeurs standards, cette appréciation n'est en principe pas suffisante pour remettre en cause celle du médecin traitant, qui est mieux informé de l'état de santé de son patient et de l'évolution de cet état de santé (TF 9C_912/2017 et TF 9C_365/2012 cités).

- 13 - 5. a) En l'espèce, la demanderesse réclame notamment le paiement d'une facture du 9 mars 2016 relative aux soins prodigués à l'assuré du 1er au 29 février 2016. Cette facture fait état de 5h15 d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. Pour la période en question, l'évaluation des soins requis signée par N. _____ et la Dre I. _____, les 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016, fait état de 1h20 d'examens et traitements par semaine, ou 156h30 par mois. Cette évaluation correspond à peu de choses près à celle effectuée pour la période précédente (1h15 par semaine et 5h15 par mois, selon l'évaluation des prestations signée par N. _____ et la Dre I. _____ les 24 et 30 novembre 2015). Les examens et traitements facturés restent dans le cadre de ces évaluations et il n'y a aucun motif de s'en écarter. Le 12 février 2016, à propos d'une période de soins antérieure à celle de février 2016, la défenderesse avait, certes, évalué – par son service de « case management » – les examens et traitements nécessaires à 3h15 par mois, sans toutefois motiver cette appréciation. Cette simple évaluation divergente n'est pas suffisante pour mettre en cause le bienfondé des soins prodigués et facturés. Il convient donc d'allouer le montant de 343 fr. 35 facturé pour les examens et traitements prodigués en février 2016. b) aa) La facture du 9 mars 2016 fait également état de 141h45 de soins de base du 1er au 29 février 2016. Pour cette période, l'évaluation des soins requis des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016 fait état de 40h35 de soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS) par semaine, ou 156h25 par mois. Pour la période précédente, l'évaluation de N. _____ et la Dre I. _____ faisait état de 34h20 de soins par semaine, ou 149h10 par mois. Sur ce point également, force est de constater que les soins de base facturés restent dans le cadre de ces évaluations et qu'il n'y a aucun motif de s'en écarter. Là encore, la défenderesse oppose une évaluation divergente des soins requis par son service de « case management », à propos d'ailleurs d'une période de soins antérieure (cf. annexes 13 et 16 produites par la demanderesse), sans que ces évaluations soient suffisamment motivées ; au demeurant, elles reposent manifestement sur des valeurs standards et non pas sur un examen personnel de la personne assurée et du besoin concret de soins par un médecin-conseil.

- 14 - bb) Dans sa détermination du 28 février 2017, la défenderesse estime, de manière contradictoire, « reconnaître [...] le temps d'un 2ème intervenant comme faisant partie de ses obligations légales », tout en exposant que « les mesures dispensées par chaque fournisseur de prestations vont à la charge de l'assurance de soins selon la LAMal indépendamment du nombre de personnes (une personne ou une personne avec aide supplémentaire ou deux personnes) qui dispensent les mesures » et que « le nombre de personnes qui s'en chargent [...] est négligeable du fait que le tarif applicable est un tarif au temps consacré selon l'art. 43 al. 2 let. a LAMal. » On ne voit toutefois pas très bien en quoi il serait négligeable que deux personnes plutôt qu'une doivent consacrer leur temps à des soins, ni pour quel motif il serait justifié, dans ce cas, de ne rémunérer le travail de l'une d'entre elles selon le tarif horaire prévu par l'OPAS. En réalité, par son

argumentation, la défenderesse cherche à rémunérer les prestations des soins selon un tarif horaire et des valeurs de temps standardisées, qu'elle estime ne pas pouvoir être dépassées au motif que les soins seraient dispensés par deux personnes plutôt qu'une. cc) Dans un autre argument, la défenderesse soutient que les heures de soins facturées comprennent, certes, pour une part, des heures pendant lesquelles deux prestataires de soins s'occupaient effectivement de l'assuré, mais également – et majoritairement – des heures pendant lesquelles l'une des personnes présentes attendait que l'autre termine certains soins sans être elle-même active. En d'autres termes, la demanderesse aurait facturé, à tort, certaines périodes pendant lesquelles un prestataire n'était pas réellement actif. Il est exact que la demanderesse n'est pas en droit, lorsque deux soignants sont au domicile de la personne assurée, de facturer le temps de présence de ces deux soignants indépendamment du temps effectivement consacré aux soins par chacun d'entre eux. Seul le temps effectivement consacré aux soins par chacun des soignants, peut être

- 15 - facturé et il convient de le souligner. Il n'est toutefois pas établi, en l'espèce, que la demanderesse aurait contrevenu à ce principe. L'évaluation des soins des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016 précise que « les soins de base sont réalisés à deux intervenants, aussi, les temps indiqués englobent toutes les interventions ». N. _____ et la Dre I. _____ ont ainsi fait état, dans leur évaluation des soins requis, du temps globalement consacré par les deux intervenants aux soins du patient. On ne peut pas en déduire qu'ils ont, pour chaque opération de soins, simplement doublé le temps d'intervention d'un seul soignant, ou inclus d'une autre manière dans cette évaluation des périodes d'inactivité d'un second soignant, ni que la demanderesse aurait facturé de telles périodes d'inactivité. Par ailleurs, en l'absence de toute évaluation concrète et personnelle du besoin de soins par le médecin-conseil, rien au dossier ne permet de douter de l'exactitude de l'évaluation des soins requis par le médecin traitant. La seule visite au domicile de l'assuré par un « case manager » de la défenderesse ne suffit pas à remettre en cause cette évaluation. dd) Vu ce qui précède, il convient d'allouer le montant de 7'739 fr. 55 facturé pour des soins de base dispensés en février 2016. c) La facture de février 2016 se réfère également à 3h55 d'évaluations et conseils pour la période du 1er au 29 février 2016. Le montant correspondant, de 213 fr. 85, sera également alloué. En effet, les prestations facturées correspondent à l'évaluation des soins requis, des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016, soit 6h30 pour un trimestre. Comme on le verra ci-après (consid. 8c), les 3h55 facturées en février, de même que les heures facturées pour les évaluations et conseils pendant les mois qui ont suivi, n'ont pas excédé ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016 (concernant la période du 25 décembre 2015 au 24 mars 2016), ni ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis des 19 avril et 4 mai 2016, concernant la période postérieure du 24 mars 2016.

- 16 - d) Selon les allégations non contestées de la demanderesse, la défenderesse a payé, pour le mois de février 2016, un montant de 4'830 fr. 05. Dans la mesure où la demanderesse était en droit de facturer un total de 8'395 fr. 45, il appartient à la défenderesse d'acquitter le solde de la facture du 9 mars 2016, soit un montant de 3'565 fr. 40. 6. a) La demanderesse exige le paiement d'une facture du 13 avril 2016 relative aux soins prodigués à l'assuré du 1er au 31 mars 2016. Cette facture fait état de 1h05 d'exams et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. Pour la période courant jusqu'au 24 mars 2016, l'évaluation des soins requis signée par N. _____ et la Dre I. _____, les 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016, fait état de 1h20 d'exams et traitements par semaine, ou

156h30 par mois. Pour la période dès le 25 mars 2016, l'évaluation des soins requis signée par N. _____ et la Dre I. _____ fait état de 5 minutes par semaine, 10 minutes par mois et 25 minutes par trimestre à consacrer aux examens et traitements. Les examens et traitements facturés pour la période du 1er au 24 mars 2016 restent dans le cadre de l'évaluation des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016 ; il n'y a aucun motif de s'en écarter. En revanche, la demanderesse a facturé 25 minutes pour des examens et traitements le 25 mars 2016, ce qui excède largement ce que prévoit l'évaluation des soins requis pour la période courant dès le 25 mars 2016. On n'admettra donc pas davantage qu'une prestation de 5 minutes pour les examens et traitements pratiqués le 25 mars 2016, soit un total de 45 minutes pour toute la période du 1er au 31 mars 2016. Compte tenu d'un tarif horaire de 65 fr. 40 (consid. 3b ci-avant), la demanderesse pouvait facturer un montant de 49 fr. 05 pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, en mars 2016. b) La facture du 13 avril 2016 fait état de 147h40 consacrées aux soins de base du 1er au 31 mars 2016. Les prestations facturées n'excèdent pas l'évaluation des soins requis pour la période courant jusqu'au 24 mars 2016 (évaluation des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016), ni l'évaluation des soins requis pour la période dès le 25 mars 2016 (évaluation des 19 avril et 4 mai 2016). Il n'y a aucun motif de s'en

- 17 - écarter, la défenderesse ne faisant qu'opposer une évaluation divergente des soins requis par son service de « case management », insuffisante pour remettre en cause celle du médecin traitant. Comme pour le mois de février 2016, il n'est pas établi que le médecin traitant aurait inclus dans son évaluation des soins requis des périodes d'inactivité d'un second soignant, ni que la demanderesse aurait facturé de telles périodes d'inactivité (consid. 5b ci-avant). Il en résulte que la demanderesse a correctement facturé un montant de 8'062 fr. 60 pour les soins de base prodigués en mars 2016. c) La facture du 13 avril 2016 fait état, enfin, de 50 minutes consacrées à l'évaluation et au conseil du 1er au 31 mars 2016. Comme on le verra ci-après (consid. 8c), ces 50 minutes n'excèdent ni ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016 (concernant la période du 25 décembre 2015 au 24 mars 2016), ni ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis des 19 avril et 4 mai 2016, concernant la période postérieure au 24 mars 2016 (6h30 par trimestre également). Il convient par conséquent d'allouer le montant correspondant de 66 fr. 50 pour le mois de mars 2016. d) Selon les allégations non contestées de la demanderesse, la défenderesse a payé, pour le mois de mars 2016, un montant de 4'311 fr. 50. Dans la mesure où la demanderesse était en droit de facturer un total de 8'178 fr. 15 (49 fr. 05 + 8'062 fr. 60 + 66 fr. 50), la défenderesse reste débitrice d'un montant de 3'866 fr. 65 pour le mois de mars 2016. 7. a) La demanderesse exige le paiement d'une facture du 10 mai 2016 relative aux soins prodigués à l'assuré du 1er au 30 avril 2016. Cette facture fait état de 141h40 de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. L'évaluation des soins requis signée par N. _____ et la Dre I. _____ les 19 avril et 4 mai 2016 fait état de 35h40 par semaine, 154h45 par mois et 464h15 par trimestre consacrées aux soins de base. Les soins facturés restent ainsi dans le cadre de l'évaluation des soins requis, dont il n'y a aucun motif de s'écarter, pour les motifs déjà exposés aux considérants précédents. Le montant de 7'735 fr. sera donc alloué.

- 18 - b) La facture du 10 mai 2016 mentionne 1h05 d'évaluations et conseils pour le mois d'avril 2016, ce qui correspond, là encore, à l'évaluation des soins requis, comme on le verra ci-après (consid. 8c). La demanderesse a donc facturé correctement un montant de 86 fr. 45 pour ce poste. c) Selon les allégations non contestées de la demanderesse, la

défenderesse a payé, pour le mois d'avril 2016, un montant de 4'260 fr. 60. Dans la mesure où la demanderesse était en droit de facturer un total de 7'821 fr. 45, la défenderesse reste débitrice d'un montant de 3'560 fr. 85 pour le mois d'avril 2016. 8. a) La demanderesse exige le paiement d'une facture du 8 juin 2016 relative aux soins prodigués à l'assuré du 1er au 16 mai, et du 29 au 31 mai 2016. Cette facture fait état de 3h55 d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, dans la semaine du 9 au 15 mai 2016. L'évaluation des soins requis, des 19 avril et 4 mai 2016, n'admet que 5 minutes par semaine, 10 minutes par mois et 25 minutes par trimestre pour les examens et traitements. En l'absence de toute autre allégation ou pièce au dossier justifiant les soins facturés, on n'admettra donc pas davantage que 5 minutes d'examens et traitements pour la semaine du 9 au 15 mai 2016. Il s'ensuit que les prestations pouvant être facturées au titre de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS en mai 2016 n'excèdent pas 5 fr. 45 (5 minutes / 60 x 65 fr. 40). b) La demanderesse a facturé 90h05 de soins de base pour la période du 1er au 16 mai et du 29 au 31 mai 2016. Ce montant n'excède pas ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis des 19 avril et 4 mai 2016. Cette évaluation fait état de 35h40 par semaine consacrées aux soins de base, soit en moyenne 305 minutes par jour. Les soins facturés du 1er au 16 et du 29 au 31 mai 2016, soit 5'405 minutes pour dix-neuf jours, restent ainsi dans le cadre temporel fixé par le médecin traitant, dont il n'y a pas de motif de s'écarter. La demanderesse a donc facturé

- 19 - correctement un montant de 4'918 fr. 55 pour les soins de base prodigués en mai 2016. c) La facture du 8 juin 2016 mentionne 1h30 d'évaluations et conseils pour le mois de mai 2016, ce qui correspond, là encore, à l'évaluation des soins requis. Sur ce point, aussi bien l'évaluation portant sur la période du 25 décembre 2015 au 24 mars 2016 (évaluation des 24 décembre 2015 et 6 janvier 2016) que l'évaluation pour la période du 25 mars au 23 juin 2016 (évaluation des 19 avril et 4 mai 2016) prévoient 6h30 (390 minutes) consacrées aux évaluations et conseils par trimestre. Pour une période de quatre mois (du 1er février au 31 mai 2016), cela correspond à 8h40 (520 minutes). La demanderesse a facturé 7h20 pour les évaluations et conseils pendant cette période, restant ainsi dans le cadre défini par le médecin traitant. Il s'ensuit que la demanderesse a correctement facturé à 119 fr. 70 ses prestations d'évaluations et conseils pour le mois de mai 2016. d) Selon les allégations non contestées de la demanderesse, la défenderesse a payé, pour le mois de mai 2016, un montant de 4'550 francs. Dans la mesure où la demanderesse était en droit de facturer un total de 5'043 fr. 70 (5 fr. 45 + 4'918 fr. 55 + 119 fr. 70), la défenderesse reste débitrice d'un montant de 493 fr. 70 pour le mois de mai 2016. 9. Vu ce qui précède, les conclusions de la demanderesse sont pour l'essentiel admises, en ce sens que la défenderesse doit acquitter un solde de 3'565 fr. 40 pour les prestations de la demanderesse à G. _____ en février 2016, un solde de 3'866 fr. 65 pour les prestations de la demanderesse à G. _____ en mars 2016, 3'560 fr. 85 pour les prestations de la demanderesse à G. _____ en avril 2016 et 493 fr. 70 pour les prestations de la demanderesse à G. _____ en mai 2016, soit un total de 11'486 fr. 60. Vu l'issue du litige, les frais de justice, fixés à 3'000 fr. – dont 800 fr. pour l'arbitre assesseure Margrit Felder et 800 fr. pour l'arbitre assesseure Annick Anchisi, par son employeur – sont mis à la charge de la

- 20 - défenderesse (art. 49 al. 1 LPA-VD, en relation avec les art. 109 et 116 LPA-VD). Il ne sera pas alloué de dépens, la demanderesse étant représentée en procédure par son association faîtière. La défenderesse remboursera toutefois les débours de la demanderesse, correspondant aux avances de frais effectuées pour un montant total de 3'000 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. La demande est partiellement

admise. II. Sanitas Assurances de base SA est condamnée au paiement, à A. _____, d'un montant de 11'486 fr. 60 (onze mille quatre cent huitante-six francs et soixante centimes). III. Les frais de justice sont fixés à 3'000 fr. (trois mille francs) et mis à la charge de Sanitas Assurances de base SA. Ces frais sont couverts par les avances de frais effectuées par la demanderesse. IV. Sanitas Assurances de base SA versera à A. _____, un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) en remboursement des avances de frais qu'elle a effectuées. Le président : Le greffier :

- 21 - Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - E. _____ (pour A. _____), - Sanitas Assurances de base SA, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent jugement 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.