

# VD\_OMNI GE.2022.0032 vom 11. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_omni\\_GE.2022.0032](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_omni_GE.2022.0032)

FR: VD\_OMNI GE.2022.0032 du 11 mai 2023

IT: VD\_OMNI GE.2022.0032 del 11 maggio 2023

## Regeste

A. \_\_\_\_\_/Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) | La recourante, une société qui exploite plusieurs établissements médico-sociaux (EMS), conteste le refus que lui a opposé le Département pour un financement complémentaire des coûts supplémentaires de soins, non couverts d'après elle par le financement que lui a déjà alloué le canton pour les périodes de 2013 à 2019. Compétence générale de la CDAP admise en l'espèce. L'art. 25a LAMal contraint les cantons à financer de manière résiduelle les coûts des soins en cas de maladie notamment dans des établissements médico-sociaux. Le système de financement vaudois respecte cette obligation du droit fédéral. En effet, par la voie de l'Arrêté du CE fixant les modalités du financement résiduel, le canton a prévu un financement de type forfaitaire en fonction des besoins spécifiques des EMS. A ce dispositif s'ajoute encore les "Compléments pour cas de rigueur" de l'art. 29a LAPRAMS, ainsi que le financement supplémentaire des API versé par le biais de la LAVS. Ce système forfaitaire doit être considéré dans son ensemble: il n'est pas possible de comparer le coût effectif d'une partie des prestations effectuées avec une partie du forfait qui leur serait dévolue. Compte tenu d'un certain schématisme admis par la jurisprudence, l'adéquation du financement cantonal résiduel de l'art. 25a LAMal doit être examiné de manière globale et non pas en juxtaposant les coûts d'une prestation spécifique – ici les soins d'une durée supérieure à 240 minutes – avec un financement spécifique à ces seuls soins. Il n'est ainsi pas démontré que le financement cantonal des soins de longue durée des personnes résidentes dans un EMS serait insuffisant en violation des obligations incombant aux cantons en vertu du cadre fédéral. Rejet du recours. Recours au TF rejeté le 18 octobre 2024 (9C\_398/2023).

## Erwägungen

### E. 1

Déposé dans le délai légal par la recourante, qui est directement atteinte par la décision attaquée, le recours satisfait en outre aux exigences formelles posées par la loi (art. 75, 79, 95 et 99 de la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD; BLV 172.21]).

### E. 2

La recourante demande en substance le financement de certains coûts supplémentaires de soins, non couverts d'après elle par le financement que lui a déjà alloué le canton pour les périodes de 2013 à 2019, que ce dernier serait obligé de couvrir. Par conséquent, la question de la compétence de la cour de céans, plutôt que de la Cour des assurances sociales (CASSO) pour connaître du recours s'agissant de l'éventuel droit de la recourante à obtenir de l'Etat le financement résiduel des soins de longue durée doit être examinée. On relèvera d'emblée qu'au terme d'un échange de vue, le Tribunal cantonal a récemment jugé (GE.2022.0053 du 6 avril 2022) que, dans le domaine du financement résiduel des frais

hospitaliers, le contentieux judiciaire faisait partie des attributions générales de la CDAP et non de celles (spéciales) de la CASSO. Il y a lieu de déterminer s'il doit en aller de même dans le domaine du financement résiduel des coûts supplémentaires de soins dans les EMS, comme en l'espèce. D'une manière générale, la compétence de la CASSO, hormis les hypothèses visées à l'art. 93 let. b à d LPA-VD, dépend du point de savoir si la procédure de recours relève des art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA; RS 830.1: section 3 des dispositions générales de procédure, contentieux). Cela revient également à déterminer si la procédure administrative prévue par les art. 27 ss LPGA et 34 ss LPGA est applicable à la procédure non contentieuse (laquelle doit dans la règle déboucher sur une décision), avant toute procédure de recours selon les art. 56 ss LPGA. On observera dans ce contexte que les tribunaux d'assurances sociales institués conformément à l'art. 57 LPGA ont en principe pour compétence de traiter le contentieux opposant des personnes assurées ou soumises à cotisation (employeurs) à des assureurs sociaux; les litiges entre assureurs n'en font pas partie, à tout le moins lorsqu'ils ne concernent pas la relation entre l'un des assureurs et la personne assurée (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 2 ad art. 56; voir aussi Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], n. 18 ss et 28 ss ad art. 2). Sans doute, la CASSO traite-t-elle des litiges relatifs au financement résiduel des frais d'hospitalisation hors canton; elle le fait toutefois sur la base (expresse et spéciale) de l'art. 93 al. 1 let. b LPA-VD, mais cette solution ne saurait être extrapolée à l'ensemble des hypothèses de financement résiduel par le canton. A l'inverse, la compétence de la CDAP reconnue pour le contentieux lié au financement résiduel des frais hospitaliers doit être également appliquée pour ce qui est du cas d'espèce, à savoir le financement résiduel des EMS. Il résulte en effet des art. 93 LPA-VD et 36 al. 1 du règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2017 (ROTC; BLV 173.31.1) que la Cour des assurances sociales est compétente pour connaître des recours conformément à l'art. 57 LPGA. Or, le Tribunal fédéral a jusqu'ici laissé indécise la question de savoir si les litiges portant sur la prise en charge des coûts des soins résiduels au sens de l'art. 25a al. 4 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) relevaient des art. 56 ss LPGA ou si les cantons étaient compétents pour en réglementer la procédure (ATF 138 V 377 consid. 5.3 ; voir cependant récemment l'ATF 148 V 70, en matière de financement hospitalier). Finalement, on relève que la question de la compétence pour connaître de ces litiges (CASSO ou CDAP) n'est pas tranchée de manière définitive (voir à ce propos CDAP GE.2020.0221 du 14 juin 2021, spéc. consid. 3). Compte tenu de ce qui précède, on peut admettre la compétence de la CDAP en l'espèce, en application de sa compétence générale pour les litiges relevant de l'art. 92 LPA-VD et du fait que la LPA-VD, et non la LPGA, est déclarée applicable par la LFR-EMS (dans ce sens, CDAP du 14 juin 2021 dans la cause GE.2020.0221 ; voir également CDAP du 26 juin 2019 dans la cause GE.2019.0028). En conclusion, faute de dispositions légales particulières, il y a lieu de considérer en l'espèce que la CDAP peut fonder sa compétence sur la clause générale de l'art. 92 al. 1 LPA-VD. Il y a ainsi lieu d'entrer en matière sur le recours.

### **E. 3**

L'autorité intimée invoque la prescription d'une partie des créances dont la recourante demande le remboursement. Il y a lieu de traiter cette question, quand bien même, comme on le verra, la Cour parviendra à la conclusion que l'ensemble du recours doit être rejeté. a) La prescription est une institution générale du droit qui s'applique à toutes les créances de

droit public, même en l'absence de base légale expresse (cf. ATF 148 II 106 consid. 4.3; 140 II 384 consid. 4.2; TF 2C\_764/2022 du 16 février 2023 consid. 6 ; 2C\_596/2019 du 2 novembre 2022 consid. 6.2). Dans un tel cas, c'est le juge qui doit se prononcer selon la règle qu'il adopterait en tant que législateur (art. 1 al. 2 CC), en appliquant par analogie le délai de prescription prévu par une autre loi de droit public dans une situation similaire à celle du cas d'espèce ou, à défaut, en se référant aux principes généraux de droit civil en matière de prescription (art. 127 ss CO; cf. ATF 148 II 106 consid. 4.3; 140 II 384 consid. 4.2 et les arrêts et références cités). Le régime de la prescription en droit administratif n'étant que rarement réglementé, celui-ci est donc en grande partie jurisprudentiel (cf. ATF 148 II 106 consid. 4.3; Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, p. 97). À cet égard, il ressort de la jurisprudence qu'un délai de cinq ans est le plus souvent appliqué à la prescription des créances de droit public en l'absence de réglementation spéciale (cf. ATF 126 II 53 consid. 7; 124 II 543 consid. 4a; 122 II 26 consid. 5; 116 Ia 461 consid. 2; 105 Ib 6 consid. 3c; TF 1C\_460/2014 du 15 juin 2015 consid. 2.3). Contrairement à ce que soutient la recourante, la doctrine, et en particulier Pascal Pichonnaz qu'elle cite, ne soutient pas l'application générale d'un délai de prescription de 10 ans qui serait tiré de l'art. 127 CO aux créances de droit public. En l'absence de réglementation expresse dans la loi de la prescription, il y a bien plus lieu de procéder par analogie avec le droit des obligations, en fonction de la nature unique ou périodique de la créance en cause (dans ce sens, cf. aussi Thomas Meier, *Verjährung und Verwirkung öffentlich-rechtlicher Forderungen*, 2016, p.167). b) Le délai de prescription peut notamment être interrompu. Dans ce cas, un nouveau délai de même durée commence à courir (cf. TF 5A\_152/2012 du 19 décembre 2012 consid. 4.6.3.1; Thierry Tanquerel, *Manuel de droit administratif*, 2e éd. 2018, p. 261). La délimitation des actes interruptifs en droit public est, jurisprudentiellement, beaucoup plus large qu'en droit privé: outre les actes mentionnés à l'art. 135 CO, il s'agit de tout acte par lequel le créancier fait valoir sa créance de manière adéquate vis-à-vis du débiteur (cf. ATF 141 V 487 consid. 2.3; 135 V 74 consid. 4.2.1; 133 V 579 consid. 4.3.1 et les arrêts cités). S'agissant en particulier de l'autorité créancière, le délai est interrompu dès lors qu'elle déclare son intention d'ouvrir une procédure, ainsi que par tout acte qu'elle prend durant celle-ci (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 101). La litispendance, soit l'ouverture d'une procédure par un acte de l'autorité notamment (cf. arrêt 2C\_722/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.3.1; Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 290 s.) interrompt partant le délai de prescription. À cet égard, selon les principes généraux de droit civil, et en particulier l'art. 138 al. 1 CO dans sa teneur depuis le 1er janvier 2011 (FF 2006 6841), lorsque le cours de la prescription est interrompu par l'effet de la litispendance, aucun nouveau délai ne commence à courir jusqu'à la clôture de la procédure judiciaire. Par clôture de la procédure, il faut comprendre le moment à partir duquel toutes les voies de recours ont été épuisées, à savoir lorsque l'instance saisie a rendu une décision finale qui ne peut plus être attaquée par un recours ou un appel (cf. ATF 147 III 419 consid. 7.3). Le législateur a ainsi voulu éviter que le créancier subisse les conséquences liées aux éventuelles lenteurs de la procédure judiciaire, le débiteur devant supporter les conséquences éventuelles d'une procédure lente ou qui n'avancerait pas (cf. Pascal Pichonnaz, in *Commentaire romand, Code des obligations I*, 3e éd. 2021, n° 2 ad art. 135 CO). L'application subsidiaire et par analogie de l'art. 138 CO en droit public est admise par la jurisprudence (cf. ATF 141 V 487 consid. 2.3; TF 9C\_400/2020 du 19 octobre 2020 consid. 3.2.1 et 3.2.2; 9C\_906/2017 du 21 juin 2018 consid. 1.2 et les arrêts cités). c) Le régime de la prescription d'une créance de droit public

dépend ainsi d'abord des bases légales applicables à la naissance de cette créance et de la présence éventuelle d'une réglementation spécifique de cette prescription. Or, il sied ici de constater que la créance éventuellement due par le canton au titre du financement résiduel des soins de longue durée, même s'il est encadré au niveau fédéral par l'art. 25a LAMal, ne trouve son fondement que dans le cadre législatif vaudois (cf. infra cons. 5). Or, ni ce cadre vaudois, ni la LPGA ni, au demeurant, le droit cantonal d'application de cette dernière loi, ne contiennent de disposition relative à la prescription de ce type de créances. L'autorité intimée estime que le délai de prescription de 5 ans découle de l'application de la LPGA au financement ici litigieux. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003. L'art. 1 al. 1 LAMal la déclare applicable dans le champ d'application de la LAMal, sauf divers domaines mentionnés à l'alinéa 2. Parmi ces domaines non soumis à la LPGA figurent les "tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55)". Dans un ATF 130 V 215, le Tribunal fédéral a constaté que le financement résiduel des soins par l'Etat ne constituait pas une prestation d'assurance, même s'il relevait, sur le principe, du droit fédéral. Les cantons n'agissaient pas, dans ce contexte, comme des assureurs ni comme des organes d'exécution d'un même niveau au sens de l'art. 34 LPGA. Le Tribunal fédéral a expressément constaté que les règles de compétence et de procédure restaient de la compétence des cantons malgré l'entrée en vigueur de la LPGA (consid. 6 de l'arrêt cité; dans le même sens, Moser-Szeless in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 29 ad art. 2). La question du financement résiduel des soins non pris en charge par l'assurance de base par le canton est régie, comme on le verra, notamment par l'art. 25a al. 5, 2<sup>ème</sup> phrase LAMal. Introduite par la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins (RO 2009 3517, 6847; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a finalement constaté que la question relevait effectivement du droit cantonal, que rien n'empêchait toutefois les cantons de déclarer la LPGA applicable et que si le droit cantonal ne prévoyait rien, la procédure était régie par la LPGA (ATF 138 V 377 consid. 5.4.1, 5.4.2 et 5.4.6; voir également ATF 140 V 58 et 140 V 563 consid. 4; sur ce point, Moser-Szeless, op. cit., n. 30 ad art. 2). Il n'en reste pas moins qu'il s'agit là essentiellement d'une question d'interprétation du droit cantonal et la LPGA ne serait applicable, quoi qu'il en soit, qu'à titre de droit cantonal supplétif. Dans l'ATF 140 V 58 consid. 5.4, d'ailleurs, le Tribunal fédéral a relevé en obiter dictum, s'agissant des litiges entre un canton et un fournisseur de prestation relatif au financement résiduel des soins au sens de l'art. 49a LAMal, que l'application de la LPGA était exclue, en s'appuyant sur l'art. 1 al. 2 let. b LAMal pour retenir cette conclusion. d) Il convient dès lors d'examiner si, pour des prétentions de droit public similaires à celles du présent cas, le législateur a entendu appliquer un délai de prescription particulier. Sous cet angle, le Tribunal fédéral a confirmé l'application d'un délai de prescription de cinq ans dans le cas de créances fondées sur l'art. 8 de l'ancienne loi fédérale du 8 octobre 1971 sur la protection des eaux contre la pollution (RO 1972 958; correspondant à l'art. 54 de l'actuelle loi fédérale sur la protection des eaux [LEaux; RS 814.20]), à savoir celles en remboursement des frais résultant des mesures de sécurité prises par l'autorité pour prévenir respectivement remédier à une pollution causée par un tiers (cf. ATF 122 II 26 consid. 5). Il en a été jugé de même s'agissant des créances en garantie de la couverture des frais des mesures d'assainissement d'un site pollué qui ont été rendues nécessaires par le comportement d'un tiers au sens de l'art. 32d bis de la loi fédérale du 7 octobre 1983 sur la protection de l'environnement (LPE; RS 814.01) (cf. TF 1C\_17/2019 du 29 juillet 2019 consid. 4; 1C\_18/2016 du 6 juin 2016 consid. 5.2). Il résulte de ce qui

précède que, lorsque l'autorité étatique compétente doit intervenir et prendre les mesures nécessaires pour assurer la protection des eaux et de l'environnement contre le fait de tiers - étant relevé que ces mesures ont aussi indirectement pour but de protéger la santé des animaux (cf. art. 1 al. 1 LPE et art. 1 let. a LEaux) - et que la loi prévoit que les frais découlant de ces interventions sont mis à la charge des tiers qui en sont à l'origine, la jurisprudence retient alors que la créance en remboursement de ces frais est soumise à un délai de prescription de cinq ans. Il convient de rappeler que cette solution se justifie d'autant plus que ce délai correspond de manière générale à celui adopté en matière de créances de droit public en l'absence de réglementation spéciale, lorsque les créances sont périodiques comme en l'espèce. e) Dans de telles conditions, il n'apparaît nullement critiquable de retenir, comme l'a fait l'autorité intimée, que la créance litigieuse, en tant qu'elle concerne le remboursement des frais supplémentaires de soins dans le domaine du financement des EMS, est soumise à un délai de prescription de cinq ans. S'agissant de créances périodiques en effet l'application analogique des règles du droit privé mènerait vers l'art. 128 CO lequel prévoit pour les redevances périodiques un délai de prescription de 5 ans. Si la LPGA était applicable, son art. 24 réglerait la question de la même manière. Il prévoit en effet que le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Enfin et comme on l'a vu, en l'absence de règle spéciale, la jurisprudence a admis l'application d'un délai de cinq ans pour la prescription des créances de droit public. En d'autres termes, quel que soit le fondement juridique finalement applicable à la prescription des créances de droit public ici en cause, le délai de cinq ans apparaît comme seul envisageable. f) Reste à déterminer si la créance litigieuse est prescrite. En l'occurrence, il est constant que la recourante a demandé pour la première fois le remboursement des créances ici litigieuses par courrier des 11 mai et 23 juin 2020. Il n'est pas déterminant de savoir si le premier de ces courriers, daté du 11 mai 2020 était suffisamment précis pour interrompre la prescription. La prescription a ensuite à nouveau été interrompue par la décision du 14 octobre 2020. Après l'arrêt d'irrecevabilité de la Cour de céans du 14 juin 2021, la prescription a à nouveau été interrompue par la décision sur recours du 13 janvier 2022. Aucun délai de prescription n'a depuis lors commencé à courir. En effet, cette décision a fait l'objet du présent recours devant la Cour de céans. Dans ces conditions, il convient de constater que la décision attaquée a considéré à juste titre que les créances que la recourante faisait valoir pour une date antérieure au mois de mai 2015 étaient déjà prescrites à ce moment-là. Pour ce motif déjà, le recours doit être rejeté quant aux créances que la recourante fait valoir et qui sont nées avant le mois de mai 2015.

#### **E. 4**

Reste cependant à déterminer le sort des créances que la recourante fait valoir pour la période postérieure au mois de mai 2015, qui n'étaient, elles, pas prescrites lorsque le délai de prescription a été interrompu et qui ne se sont pas prescrites depuis lors. Il sied de préciser à ce stade que la recourante s'est adressée à la DGCS en lien avec ce qu'elle estime être un déficit de financement cantonal pour des coûts liés aux soins prodigués par ses EMS aux cas Plaisir « lourds », à savoir ceux nécessitant plus de 240 minutes de soins par jour. Elle relève n'avoir reçu au titre de financement cantonal qu'un montant de 147'460 fr. alors que ses charges liées à ce type de soins se monteraient à 876'296.21 fr. pour la période entre 2013 et 2019. Elle demande ainsi le paiement de la différence. Le calcul de ces charges est fondé par la recourante (cf. tableau "Etude financement résiduel – Classe 12+", annexe à la

pièce 5 du recours) sur une base partiellement statistique prenant en compte le nombre d'heures des soins prodigués et le coût horaire du personnel nécessaire pour le faire. La recourante fonde en substance son raisonnement sur le fait que le financement des soins de longue durée est réparti par le cadre légal fédéral (art. 25a LAMal, cf. infra consid. 5 et 6 pour les différents cadres légaux applicables) entre trois agents payeurs, à savoir, l'assureur-maladie, l'assuré et le canton et que la part des deux premiers agents est déterminée, respectivement plafonnée par la loi. Il ne resterait ainsi que le canton pour prendre en charge ce que la loi appelle – trompeusement, cf. Anne-Sylvie Dupont, Le financement résiduel des soins de longue durée; une brèche dans le principe de l'économicité ? in: Allegro con moto, Festschrift Ueli Kieser, 2020, p. 75 – le "financement résiduel" de ces soins et qui ne saurait, lui, être plafonné. Elle estime que les versements reçus dans ce cadre par le canton ne sont pas suffisants pour couvrir ses coûts, ce qui impliquerait, en raison du cadre légal précité et du fait que ni l'assurance obligatoire de soins, ni l'assuré ne peuvent être encore sollicités, que seul le canton serait responsable de financer ce "déficit". L'autorité intimée expose de son côté que le canton a mis en place les structures de financement que lui imposait le cadre fédéral. Elle explique que les soins de longue durée, soit notamment les résidents d'EMS nécessitant 240 minutes de soins ou plus par jour, sont spécifiquement financés par plusieurs dispositifs qui, de manière conjuguée, permettent d'assurer la couverture suffisante des coûts et l'absence de report de charge sur l'assuré.

#### **E. 5**

LAMal, ne sont pris en charge ni par les assurances sociales ni par les assurés, soient entièrement couverts par l'Etat. Les cantons ne peuvent donc plus soumettre le principe de la prise en charge financière de la part résiduelle des EMS figurant sur la liste LAMal à des conditions et exigences additionnelles; il leur est en revanche permis, dans les limites fixées par le droit social fédéral, de régler les modalités de prise en charge de la part cantonale, par exemple en introduisant une tarification forfaitaire couvrant les coûts globaux, dans le but de favoriser l'économicité des coûts. Plus récemment encore, le Tribunal fédéral a considéré (ATF 147 V 450) que l'art. 25a al. 5 2e phr. LAMal n'octroyait pas au fournisseur de prestations un droit illimité à l'indemnisation de ses coûts effectifs. Cette disposition légale ne prescrivait aux cantons que de prendre à leur charge les coûts de prestations fournies de manière économique dans le sens d'un financement résiduel. Les cantons sont en principe libres quant à la manière de les fixer (y compris les modalités concrètes de l'examen du caractère économique). Le TF avait à cette occasion validé la fixation du tarif par la collectivité publique chargée du financement résiduel, bien qu'elle se soit écartée des coûts effectifs calculés par le fournisseur de prestations.

#### **E. 6**

Dans le canton de Vaud, ce cadre législatif fédéral a notamment été concrétisé par la LFR-EMS et la LPFES. a) Aux termes de son art. 1, la LFR-EMS a pour but de régler la prise en charge du financement résiduel des soins de résidents hébergés dans un établissement médico-social et domiciliés dans le Canton de Vaud avant leur hébergement (al. 1). Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et sur les mesures d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, ainsi que les conventions intercantionales conclues par le Conseil d'Etat (al. 2). La loi prévoit que peuvent bénéficier du financement résiduel des soins les établissements médico-sociaux figurant sur les listes LAMal cantonales au sens de l'art. 39

LAMal (art. 7 et 3 al. 1 let. b LFR-EMS). La demande de versement de la part cantonale est adressée par l'établissement à l'autorité cantonale compétente (art. 6 LFR-EMS). Le département en charge de l'action sociale, par le service compétent, est l'autorité chargée de l'exécution et de la surveillance de l'application (art. 7 al. 1 LFR-EMS). La LPFES a pour objet la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (art. 1 al. 1 LPFES). Son but est d'assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la collectivité, ainsi que de fournir une information appropriée à la population (art. 1 al. 2 LPFES). Dans le canton de Vaud, l'art. 26 g al. 2 LPFES prévoit que le Conseil d'Etat détermine annuellement, par voie d'arrêté, la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser 10 % de la contribution maximale de l'assurance-maladie (let. a) et le financement résiduel à la charge de l'Etat et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation (let. b). Aux termes de l'art. 26g al. 3 LPFES, les EMS non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement résiduel du coût des soins par l'Etat à condition qu'ils répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal (let. a), qu'ils respectent les conditions prévues par l'art. 4 al. 1 let. d, e, f et h et par l'art. 4 al. 1bis let. b LPFES (let. b) et qu'ils se soumettent à la surveillance financière du département conformément à l'art. 32a LPFES et lui fournissent à cet effet les informations comptables et financières requises des EMS reconnus d'intérêt public en vertu de l'art. 32b LPFES. b) En application de la disposition précitée, le Conseil d'Etat édicte chaque année par voie d'arrêté les montants versés par l'Etat au titre du financement résiduel des soins prodigués en EMS. C'est donc logiquement que la décision attaquée est fondée, pour ce qui est de l'année 2019, sur l'art. 4 al. 2 de l'arrêté du Conseil d'Etat du 1<sup>er</sup> mai 2019 fixant les modalités du financement résiduel des coûts des soins de l'assurance-maladie, ainsi que la part des coûts des soins à la charge du résident, lors de séjours au sein d'établissement médicaux-sociaux ou de structures de soins de jour ou de nuit (BLV 832.00.010519.1 pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2019 et BLV 832.00.010519.2 pour le second trimestre; ci-après: l'Arrêté du 1<sup>er</sup> mai 2019; cf. les différentes versions de ces Arrêtés publiés pour les années 2013 à 2018 dans la BLV sous références respectives: 832.00.210318.1, 832.00.100517.1, 832.00.230316.1, 832.00.14.05.2014, 832.00.010415.2 et 832.00.290513.1). Cette disposition décrit les circonstances particulières dans lesquelles le Département compétent "peut accorder à un établissement un financement résiduel supérieur aux barèmes fixés par le Conseil d'Etat pour l'année en cours" . C'est en particulier le cas: "a. lorsque l'établissement admet un patient en provenance de l'hôpital et présentant un besoin en soins tel que l'établissement doive prendre des dispositions particulières pour sa prise en charge, l'établissement peut obtenir un financement complémentaire de CHF 40.- par jour pour une durée limitée de trois mois ; b. lorsque le résident nécessite plus de 240 minutes de soins par jour, l'établissement peut obtenir un montant supplémentaire journalier de CHF 2.40 par tranche de 20 minutes au-delà de 240 mais et jusqu'à 300 minutes, et de CHF 10.40 par jour pour les résidents nécessitant plus de 300 minutes de soins par jour ; c. dans certains cas, lorsque le financement prévu à l'annexe 1 ne permet pas à l'établissement d'assurer une présence minimale en personnel de soins dans les horaires de nuit conforme aux exigences de sécurité fixées par le département." c) En sus, ce dispositif de financement cantonal est complété, comme le souligne l'autorité intimée, par la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS, BLV 850.11), qui a pour but de garantir l'accès à un encadrement médico-social de qualité à domicile et lors d'hébergement

(art. 1 al. 1 LAPRAMS). Elle institue un appui social et une aide financière individuelle en faveur des bénéficiaires dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais liés à l'action médico-sociale dispensée à domicile ou lors d'hébergement en EMS ou en home non médicalisé (art. 2 al. 1 LAPRAMS). Pour ce qui concerne le présent litige, on signalera encore que l'art. 29a LAPRAMS, sous l'intitulé "Compléments pour cas de rigueur", permet au Conseil d'Etat de prévoir des dérogations aux conditions d'octroi d'une aide financière individuelle, afin de tenir compte de situations particulièrement pénibles et dignes d'intérêt. Enfin, toujours dans le cadre d'un financement individuel, l'autorité intimée fait valoir le financement supplémentaire dû aux personnes impotentes. En effet, les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible, ont droit à l'allocation pour impotent (API; cf. art 43bis LAVS). Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

## **E. 7**

Rapportées au présent litige, les règles que l'on a présentées ne peuvent conduire qu'au rejet du recours pour les motifs qui suivent. a) Premièrement, il sied de constater que le financement mis en place par le canton respecte son obligation de financement résiduel selon l'art. 25a LAMal. En effet, en particulier par voie de l'Arrêté, le canton a prévu un financement de type forfaitaire en fonction des besoins spécifiques des EMS dont un ou plusieurs résidents nécessitent. La recourante ne conteste d'ailleurs pas avoir perçu un financement conforme à ces dispositions légales et réglementaires. Elle a d'ailleurs rempli les formulaires nécessaires à la perception de ce financement résiduel. On constatera également à ce stade que les différentes sources de financement apparaissent comme adaptées à la nécessité du financement résiduel et qu'en particulier les soins supplémentaires excédant la classe Plaisir 12 font l'objet d'un financement additionnel spécifique par le canton. Dans ce cadre, l'invocation par la recourante de la jurisprudence du Tribunal fédéral (supra consid. 4c) dans le cas du système saint-gallois tombe à faux. Si, en effet, la fixation d'un plafond aux coûts pris en charge par le canton ne doit pas avoir pour conséquence que l'établissement de soins prenne à sa charge une partie des coûts, rien n'indique dans le système de financement mis en place dans le canton de Vaud qu'un tel plafonnement serait applicable. La recourante ne le prétend pas, puisqu'elle invoque non pas un plafonnement mais un déficit de financement. Il ne peut donc pas être constaté que le cadre légal du financement résiduel des soins de longue durée dans le canton soit fondamentalement incompatible avec les exigences du cadre fédéral. En outre, la jurisprudence plus récente du Tribunal fédéral (également supra consid. 4 c) a admis que le financement par forfait (comme en l'espèce) était adéquat et ne contrevenait pas à l'obligation de financement résiduel. Il est ainsi permis aux cantons de réglementer les modalités de prise en charge de la part cantonale, par exemple en introduisant une tarification forfaitaire couvrant les coûts globaux. Certes, il n'est pas question en l'espèce d'admettre comme dans l'ATF 147 V 450 que les cantons puissent limiter leur participation aux coûts résiduels au motif de l'économicité des soins. En effet, comme le soutient à juste titre la recourante, elle ne revendique qu'une participation à des soins dont l'économicité a déjà été reconnue par l'assurance obligatoire de soins. Cependant, cette jurisprudence permet d'admettre un certain schématisme dans le financement résiduel des soins, notamment par le biais d'un remboursement forfaitaire. Ainsi, il faut voir que le canton finance

sa part "résiduelle" principalement par la voie de l'arrêté bisannuel du Conseil d'Etat fixant les montants versés par l'Etat au titre du financement résiduel des soins prodigués en EMS dont la recourante ne conteste pas avoir bénéficié. Ce dispositif de base permet de financer les soins supplémentaires et entre incontestablement dans le cadre de l'obligation faite aux cantons fondée sur l'art 25a LAMal d'assumer la part résiduelle des soins. A ce dispositif s'ajoute encore les "Compléments pour cas de rigueur" de l'art. 29a LAPRAMS, ainsi que le financement supplémentaire versé par le biais de la LAVS dû aux personnes impotentes qui ont droit à une API. Les différents forfaits prévus dans le cadre de ce financement peuvent éventuellement diverger d'avec un système de remboursement effectif, mais ces divergences éventuelles, pour autant qu'elles existent ce qui n'est pas établi en l'espèce comme on le verra, ne suffisent pas pour admettre une violation du cadre légal fédéral. Ce système forfaitaire a aussi pour conséquence qu'il doit être considéré dans son ensemble et qu'il n'est pas possible de comparer le coût effectif d'une partie des prestations effectuées avec une partie du forfait qui leur serait dévolue. En d'autres termes, le calcul du déficit proposé par la recourante ne peut être retenu comme déterminant, car il ne retient du système global qu'une présentation partielle des coûts et des recettes. D'une certaine manière, ce calcul de déficit isole, en ne prenant en compte que le coût et les financements pour les soins d'une durée supérieure à 240 minutes, une partie des coûts de prise en charge des résidents en EMS. En particulier, la recourante ne montre pas que, globalement, le financement résiduel des soins de ces personnes dans le canton de Vaud serait contraire au cadre légal. Le cadre fédéral n'oblige en effet pas, compte tenu notamment du caractère forfaitaire expressément admis par le Tribunal fédéral, que chaque soin ou type de soin d'un prestataire soit entièrement financé pour lui-même. Compte tenu de ce schématisme, on peut admettre que certains soins ne soient pas entièrement financés si par ailleurs d'autres sont plus largement couverts et que pris globalement l'ensemble du financement résiduel des soins est couvert. En procédant à un calcul d'une partie des soins uniquement, la méthodologie de la recourante présente un biais qui empêche la Cour de céans de retenir véritablement l'existence d'une non-conformité du système vaudois par rapport au cadre fédéral. b) Au surplus, même en retenant la vision partielle présentée par la recourante elle ne parviendrait pas à démontrer que ce financement serait insuffisant au regard des obligations incombant aux cantons. On rappellera à ce stade que la recourante a calculé comme suit le déficit dont elle demande le remboursement (cf. au surplus les explications détaillées contenues dans ses déterminations du 25 avril 2023): le nombre d'heures effectuées annuellement par les employés de la recourante pour des soins excédant 240 minutes multiplié par le coût horaire pondéré de ce personnel donne le coût effectif de ces soins; déduction faite du financement cantonal effectif à raison de l'arrêté précité, la recourante trouve le déficit de financement. Ainsi défini, son calcul ne tient pas compte de l'ensemble des sources à dispositions des EMS et de leurs résidents et dépeint un tableau incomplet. Aussi et en particulier le financement dit pour cas de rigueur qui a été incontestablement versé à la recourante en lien avec certains de ses résidents (décision attaquée p. 5) n'est pas pris en considération dans son calcul. c) Il en va a fortiori de même des API éventuellement allouées à certaines personnes résidant dans les EMS de la recourante. La recourante objecte à cette prise en considération que l'API ne peut pas servir à couvrir les coûts des soins de son bénéficiaire dans un EMS. Or, d'après la LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). D'après la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c ; 125 V

297 consid. 4a et les références), sont déterminants les six actes ordinaires suivants: se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux W.-C.; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts. Certes, il ne s'agit pas à proprement parler d'actes qui peuvent être définis comme des soins. Mais les heures de soins supplémentaires calculées par la recourante pour montrer son déficit de financement incluent également le temps nécessaire au personnel médical pour, dans le cadre des soins à proprement parler, dévêtir le patient ou l'aider à se lever. Il est dans le cours ordinaire des choses que l'impotence au sens des six actes déterminants énumérés ci-avant provoque une augmentation de la durée des soins. Par conséquent, si l'API ne couvre pas en tant que telle des soins, il est légitime de les prendre en compte dans le cadre du financement global des soins liés à un séjour dans un établissement médico-social, surtout si l'on considère que les API sont versées en mains de l'établissement qui héberge leurs bénéficiaires. Force est ainsi de constater que si l'impotence au sens de l'art. 9 LPGA n'est pas directement synonyme d'un besoin accru de soins, il est dans la nature des choses qu'une personne impotente ait plus de besoins en termes de soin. Rien dans la législation fédérale ne permet d'ailleurs d'admettre que cette source de financement ne pourrait pas être prise en considération pour le calcul global des soins de résident en EMS. On ne saurait par conséquent considérer que le calcul proposé par la recourante et le déficit qu'elle revendique sont corrects, puisqu'ils n'intègrent pas toutes les sources de financement effectivement perçues par les résidents des EMS qu'elle exploite. d) En résumé, la Cour constate que, compte tenu d'un certain schématisme admis par la jurisprudence, l'adéquation du financement cantonal résiduel de l'art. 25a LAMal doit être examiné de manière globale et non pas comme le propose la recourante en juxtaposant les coûts d'une prestation spécifique – ici les soins d'une durée supérieure à 240 minutes – avec un financement spécifique à ces seuls soins. En outre, le calcul du déficit invoqué par la recourante ne peut être suivi dès lors qu'il ne prend pas en considération l'ensemble des sources de financement qui sont à disposition des trois agents payeurs impliqués dans ce financement (supra consid. 4 ci-avant). Il n'est ainsi pas démontré que le financement cantonal des soins de longue durée des personnes résidentes dans un EMS serait insuffisant en violation des obligations incombant aux cantons en vertu du cadre fédéral.

## **E. 8**

Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté. La recourante, qui succombe, supportera les frais de justice (art. 49 LPA-VD). Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 55 LPA-VD).

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