

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 22 septembre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Felder et Anchisi, arbitres
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H._____, à [...], demanderesse, représentée par **A.**_____, à
Lausanne,

et

SANITAS ASSURANCES DE BASE SA, à [...], défenderesse.

Art. 7 OPAS

E n f a i t :

A. aa) W. _____, née en [...], domiciliée à [...], est affiliée à Sanitas Assurances de base SA (ci-après : Sanitas) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Souffrant de sclérose en plaques, elle a reçu des soins à domicile, notamment du 1^{er} janvier au 31 mars 2016, dispensés par la H. _____ (ci-après : H. _____). Cette dernière est membre de l'A. _____. W. _____ est au bénéfice d'allocations de l'assurance-invalidité, pour impotence grave.

bb) Le 21 janvier 2016, la H. _____ 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, du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31), pour la période du 7 janvier au 1^{er} février 2016. Le formulaire était signé par le référent à domicile F. _____ et par le neurologue traitant, le Dr P. _____. Les prestations nécessaires pour l'assurée étaient évaluées à 8h20 par trimestre pour les évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS. Le temps nécessaire pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS était estimé à 55 minutes par semaine, 4 heures par mois et 12 heures par trimestre. Enfin, le temps nécessaire pour les soins de base était estimé à 29h45 par semaine, 129h20 par mois et 388 heures par trimestre.

Sanitas a répondu, le 1^{er} février 2016, qu'elle limiterait ses prestations à la prise en charge, pour la période du 7 janvier au 1^{er} février 2016, à 1h10 par mois d'évaluations et conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS), 13 heures par mois d'examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS) et 65 heures par mois de soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS). Elle se référait à un « contrôle effectué par notre infirmier/ère compétent(e) ».

Le 19 février 2016, la H. _____ a accusé réception de la lettre du 1^{er} février 2016 de Sanitas et a précisé que la prise en charge de Mme

W._____ avait débuté le 7 janvier 2016. Il s'agissait d'une nouvelle situation qui avait nécessité une évaluation au sens de l'art. 7 al. 2 let. a ch. 1 OPAS, en réponse au mandat médical pour une évaluation globale et médico-sociale de la situation. De nouveaux besoins avaient ainsi été identifiés. L'évaluation avait impliqué deux passages par jour effectués par deux personnes, afin d'assurer la sécurité de l'assurée et celle des collaborateurs de la fondation. Elle avait été réalisée au moyen d'un instrument standard d'évaluation conformément à l'art. 5 al. 1 de la convention administrative du 20 décembre 2010 entre l'[...], l'[...] et [...]. La H._____ soulignait que Sanitas avait mentionné dans son courrier une limite des coûts et soins en se référant uniquement au formulaire d'évaluation qui lui avait été adressé, sans aucun document supplémentaire et qu'il appartenait au médecin-conseil de « statuer » dans ce genre de cas.

cc) Le 9 février 2016, la H._____ a adressé un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 2 février au 2 mai 2016, signé par F._____ et par la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale. Les prestations nécessaires pour l'assurée étaient évaluées à 4 heures par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, à une heure par semaine, 4h20 par mois et 13 heures par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et à 27 heures 55 par semaine, 121 heures 20 par mois et 364 heures par trimestre pour les soins de base.

dd) Par courrier électronique du 26 février 2016, B._____, « case manager » pour Sanitas, a donné suite à un téléphone qu'il avait eu avec F._____ et lui a proposé de prendre en charge les prestations de soins à raison de 2h55 par jour (175 minutes) - ou 87,5 heures (5250 minutes) par mois -, soit 60 minutes pour la toilette complète, 20 minutes pour la toilette partielle, 15 minutes pour le brossage des dents (3 x 5 minutes), 30 minutes pour l'aide à l'habillage et au déshabillage (2 x 15 minutes), 5 minutes pour l'entretien de la sonde vésicale, 20 minutes (2 x 10 minutes) pour l'accompagnement aux toilettes, 20 minutes (2 x 10

minutes) pour le lever et le coucher, et 5 minutes pour les gouttes ophtalmiques (collyre).

Le 29 février 2016, F._____ a répondu à B._____, par courrier électronique également, que le temps nécessaire pour les soins de base de l'assurée était de 270 minutes par jour. L'ergothérapeute et la H._____ avaient estimé que le degré de dépendance de l'assurée et les exigences de sécurité pour elle-même et pour les soignants rendaient nécessaire la présence de deux intervenants, deux fois par jour. F._____ a intégré dans son envoi un tableau détaillé des soins nécessaires, avec le temps correspondant consacré aux soins par chaque intervenant.

Le 8 mars 2016, Sanitas a écrit à la H._____ qu'elle limiterait ses prestations pour les soins de base à 87,5 heures par mois. Cette limitation s'appliquerait à la période du 7 janvier au 1^{er} février 2016 comme à celle du 2 février au 2 mai 2016. Dans un second courrier à la H._____, également daté du 8 mars 2016, Sanitas a indiqué qu'elle prendrait en charge des prestations d'évaluation et de conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS) à raison de 1h33 par mois, des examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS) à raison de 4h20 par mois et des soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS) à raison de 87h50 par mois au maximum.

Les 8 février, 8 mars et 8 avril 2016, la H._____ a adressé à Sanitas trois factures pour les soins dispensés à W._____, pour un montant total de 22'503 fr. 35. Ces factures étaient de 6'750 fr. 95 pour les prestations en janvier 2016, correspondant à 17h10 pour les évaluations et les conseils, 5h45 pour les examens et traitements, et 91h40 pour les soins de base (facture n° [...]), de 7'136 fr. 85 pour les prestations en février 2016, correspondant à 3h35 pour les évaluations et les conseils, 4h05 pour les examens et traitements et 120h35 pour les soins de base (facture n° [...]), et de 8'615 fr. 55 pour les prestations en mars 2016, correspondant à 2h15 pour les évaluations et les conseils, 5h05 pour les examens et traitements, et 148h25 pour les soins de base (facture n° [...]).

Sur ces trois factures, Sanitas a payé, à une date que l'on ignore, un montant total de 15'893 fr. 25 (5'273 fr. 25 pour les prestations en janvier 2016, 5'330 fr. 50 pour les prestations en février 2016 et 5'289 fr. 50 pour les prestations en mars 2016).

W._____ a déménagé le 1^{er} avril 2016 dans un appartement protégé. Compte tenu de l'équipement à disposition dans ce nouveau logement, l'aide d'un second soignant n'a plus été requise dès cette date.

B. Parallèlement à ce qui précède, un litige est survenu entre E._____ (ci-après : E._____) et Sanitas, à propos des soins à domicile pour un autre assuré, N._____. Comme dans le cas de W._____, les soins à N._____, ou une partie d'entre eux tout au moins, étaient dispensés par deux infirmiers. 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 H._____ et E._____, représentées par l'A._____, 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 W._____ et [...] depuis décembre 2015 au nom du patient N._____. » 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 H._____ et Sanitas, l'autre sous le numéro T. arb. 4/16 concernant le litige entre E._____ et Sanitas.

Le Président du Tribunal arbitral des assurances a également invité l'A._____ à produire une procuration en sa faveur, signée par des personnes pouvant engager la H._____ par leur signature, ainsi qu'un exemplaire des recours signé par des personnes pouvant engager l'A._____. Il a requis la production de la Convention administrative entre l'[...], l'[...] et [...], à laquelle se référait l'A._____ dans son mémoire de demande. Enfin, il a invité l'A._____ à chiffrer le montant de ses prétentions pour la H._____.

Le 16 août 2016, l'A._____ a produit les documents requis et chiffré à 6'610 fr. 10 le montant de ses prétentions pour la H._____. 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.

Le 20 octobre 2016, la défenderesse a requis la suspension de la cause en vue de la recherche d'une solution transactionnelle au litige. Le Président du Tribunal arbitral a suspendu la cause jusqu'au 16 décembre 2016. Il a ensuite imparti un délai de réponse à Sanitas.

Le 28 février 2017, Sanitas s'est déterminée sur la demande en concluant à son rejet et en produisant, concernant le dossier T. arb. 3/16, sa lettre du 1^{er} février 2016 à la H._____.

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 demanderesse était invitée à communiquer au tribunal les noms des proches aidants qui auraient pu 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 qu'aucun proche aidant n'avait pu contribuer à

limiter le rôle d'un second auxiliaire de santé. Elle se référait sur ce point aux pièces déposées en annexe à sa demande.

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 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 et inversement.

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 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 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 janvier, février et mars 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 1^{er} 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).

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).

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).

5. a) La défenderesse a accepté de payer 1 heure et 33 minutes par mois de prestations d'évaluations et conseils selon l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, pour toute la période litigieuse du 7 janvier au 31 mars 2016, (soit environ 4 h40 au total pour la période de janvier à mars 2016), selon sa lettre du 8 mars 2016 à la demanderesse. Pour sa part, la demanderesse a facturé 23h00 de prestations d'évaluations et conseils pour cette période (17h10 pour le mois de janvier, 3h35 pour le mois de février et 2h15 pour le mois de mars).

b) L'évaluation des soins requis des 20 et 27 janvier 2016 fait état de 8h20 de prestations au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, aussi bien dans la colonne « par semaine » que dans les colonnes « par mois » et « pour un trimestre ». L'évaluation des soins requis des 8 et 15 février 2016 fait état, par ailleurs de 4h00 de prestations au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, elle aussi dans les colonnes « par semaine », « par mois » et « pour un trimestre ». A lire les différentes évaluations de soins requis, on constate la même pratique pour toutes les évaluations en ce qui concerne les « évaluations et conseils » au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, aussi bien dans le dossier concernant N._____ (T. arb. 4/16) que dans le dossier concernant W._____ (T. arb. 3/16). Un tel procédé n'est pas propre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un besoin d'évaluations et de conseils supérieur à celui qui est mentionné pour un trimestre. Un besoin d'évaluation initial plus important est pris en considération par le nombre d'heures total prévu pour le premier trimestre d'évaluation. En l'espèce, on ne peut donc pas admettre que les médecins traitants aient attesté un besoin en évaluations et conseils supérieur à 8h20 au total pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2016. Le nombre d'heures facturées pour ces prestations est donc nettement trop élevé, sans qu'une justification crédible ait été apportée sur ce point. Il convient donc de limiter les prestations admises au titre de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS à 8h20 au total pour toute la période du 7 janvier au 31 mars 2016, soit 665 fr. au total (8h20 à 79 fr. 80 par heure).

c) aa) La défenderesse a contesté le nombre d'heures d'évaluations et conseils selon l'évaluation de soins requis. Elle s'est toutefois limitée à présenter la propre évaluation de son service de « case management », sans autre argumentation détaillée, ce qui est clairement insuffisant pour remettre en cause l'évaluation du médecin traitant (consid. 4a ci-avant).

bb) A toutes fins utiles, on précisera qu'une analyse plus détaillée de la facture du 8 février 2016 relative au mois de janvier 2016, en relation avec le formulaire relatif à la « liste des prestations prévues » établie le 21 janvier 2016 et produit par la demanderesse (annexe 4), ne serait pas plus favorable à la demanderesse.

Ce formulaire fait état d'une « 1ère évaluation », d'une durée de 30 minutes le 7 janvier 2016 (fréquence : 1), d'une « 1ère évaluation », d'une durée de 60 minutes le 18 janvier 2016 (fréquence : 1), de réévaluations de 30 minutes dès le 7 janvier (fréquence : « 28 [6] »), de l'établissement d'un plan d'intervention des soins (10 minutes le 7 janvier 2016, fréquence : 1, 30 minutes le 18 janvier 2016, fréquence : 1 et 30 minutes le 26 janvier 2016, fréquence : 1), d'une « quantification prospective de l'intervention (soins) » (10 minutes le 7 janvier 2016, fréquence : 1, mais également 15 minutes dès le 7 janvier 2016, fréquence : « 28 [6] » et 34 minutes le 18 janvier 2016, fréquence : 1). Enfin, il mentionne « consulter le médecin au sujet de la cliente », à raison de 10 minutes le 7 janvier (fréquence : 1), 11 minutes le 18 janvier (fréquence : 1) et 15 minutes dès le 7 janvier (fréquence : 28 [6]).

Cette manière de procéder est peu claire. Il reste que les prestations d'évaluations et conseils facturées par la demanderesse ont été de 240 minutes le 7 janvier et 145 minutes le 8 janvier, soit 385 minutes au total. Pour ces deux jours, la liste des prestations prévues permet, au plus, de justifier 60 minutes (1ère évaluation : 30 minutes, établissement d'un plan d'intervention de soins : 10 minutes, quantification prospective de l'intervention : 10 minutes, consultation du médecin au sujet de la patiente : 10 minutes). On constate donc que 325

minutes de prestations facturées les 7 et 8 janvier 2016 restent inexplicables si l'on se réfère à la liste des prestations prévues.

Pour le 18 janvier 2016, 135 minutes d'évaluations et conseils sont facturées. Cela correspond à ce qui figure sur la liste des prestations prévues. Il en va de même pour les 25 minutes facturées le 26 janvier 2016. En revanche, les prestations facturées les 19, 20, 21 et 22 janvier sont inexplicables, après une nouvelle « 1ère évaluation » de 60 minutes, un nouveau « plan d'intervention des soins » de 30 minutes, une nouvelle « quantification prospective des prestations » de 34 minutes et une nouvelle « consultation du médecin au sujet de la cliente » effectués quelques jours auparavant, le 18 janvier 2016. Cela représente 265 minutes d'évaluations et conseils facturées sans que la liste des prestations prévues permette de l'expliquer.

Pour les prestations d'évaluation et conseils facturées le 12, 13 et 29 janvier 2016, on peut admettre que 60 minutes facturées le 13 janvier correspondent à diverses réévaluations (30 minutes), quantification prospective de soins (15 minutes) et consultation du médecin traitant (15 minutes), à effectuer de manière périodique. On peut également l'admettre pour une partie des heures facturées le 29 janvier (60 minutes sur un total de 120 minutes). Mais 40 minutes facturées le 12 janvier et 60 minutes facturées le 29 janvier restent inexplicables si l'on se réfère à la liste des prestations prévues.

Au total, pour la période du 7 au 31 janvier 2016, on constate que 690 minutes facturées (ou 11 heures 30 minutes), ne peuvent pas être expliquées par la liste des prestations prévues.

Pour la période du 1^{er} au février 2016 au 31 mars 2016, soit pour deux mois, la demanderesse a facturé 5 heures et 50 minutes (3h35 et 2h15), alors que l'évaluation des prestations requises, des 6 et 15 février 2016, prévoyait 4 heures d'évaluation et conseils pour un trimestre, soit 1h20 par mois et 2h40 pour deux mois. On ne dispose pas, pour cette période, d'une liste des prestations prévues. Sur la base de la

facture et de l'évaluation des soins requis, on doit constater que les factures de la demanderesse pour la période du 1^{er} février au 31 mars 2016 excèdent de 3h10 ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis.

6. a) La défenderesse a accepté de payer 4h20 par mois pour des examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, réalisés pendant la période litigieuse, soit un total de 13 heures au maximum. Pour sa part, la demanderesse a facturé 14h55 d'examens et traitements pendant cette période (5h45 en janvier, 4h05 en février et 5h05 en mars).

b) L'évaluation des soins requis des 20 et 27 janvier 2016 prévoyait 55 minutes par semaine, ou 4 heures par mois et 12 heures par trimestre d'examens et traitements. Ce total a donc été dépassé par la demanderesse, sans qu'une justification figure au dossier. En particulier, la liste des prestations prévues, établie le 21 janvier 2016 (annexe 4 produite par la demanderesse), fait état de 60 minutes d'examens et traitements nécessaires, à un rythme hebdomadaire, mais dès le 12 janvier 2016 seulement. Jusqu'à la fin du mois, cela représenterait 3 heures au total. On admettra néanmoins un total de 4 heures pour l'ensemble du mois, tel que prévu par l'évaluation des soins requis, mais pas davantage.

Pour le mois de février 2016, les heures d'examens et traitements facturées (4h05) ne dépassent pas l'évaluation des soins requis et ne prêtent pas à discussion. En revanche, pour le mois de mars 2016, la demanderesse a facturé 5h05 d'examens et traitements alors que l'évaluation des soins requis, des 6 et 15 février 2016, n'en admet que 4h20. En l'absence d'explication sur ce dépassement, il n'y a pas lieu d'admettre la facturation de davantage que 4h20 pour cette période.

Comme en ce qui concerne les évaluations et conseils, la défenderesse a opposé à l'évaluation des soins requis celle établie par son service de « case management », ce qui est insuffisant pour remettre en cause l'appréciation du médecin traitant.

Au final, les heures admises pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS pour les mois de janvier à mars 2016 correspondent à 12h25. Pour un tarif horaire de 65 fr. 40, cela représente un montant total de 812 fr. 05 que la demanderesse était en droit de facturer.

7. a) La défenderesse a accepté de payer 87h50 par mois de soins de bases au sens de l'art 7 al. 2 let. c OPAS, soit un total de 263h30 au maximum pour la période de janvier à mars 2016. La demanderesse demande pour sa part le paiement de 360h40 de soins de base, au total, pour cette période (91h40 pour le mois de janvier, 120h35 pour le mois de février et 148h25 pour le mois de mars 2016).

b) L'évaluation des soins requis des 20 et 27 janvier 2016 fait état de 29h45 par semaine, 129h20 par mois ou 388 heures par trimestre pour les soins de base. Pour la période du 7 au 31 janvier 2016, on peut prendre en considération trois semaines et quatre jours de soins. En facturant 91h40 de soins de base pour cette période, la demanderesse est restée dans le cadre fixé par l'évaluation des soins requis.

Pour la période du 1^{er} au 29 février 2016, l'évaluation des soins requis des 6 et 15 février 2016 fait état de 27h55 de soins de base par semaine, 121h20 par mois ou 364 heures par trimestre. Là encore, les heures facturées par la demanderesse restent dans le cadre fixé.

Enfin, pour la période du 1^{er} au 31 mars 2016, l'évaluation des soins requis était inchangée. La demanderesse a toutefois facturé 148h25 de soins, ce qui dépasse le cadre fixé. Il n'y a pas lieu d'admettre davantage que 121h20 en l'absence de justification particulière au dossier.

c) aa) La défenderesse a opposé à l'évaluation des soins requis celle de son service de « case management », ce qui est insuffisant pour remettre en cause l'appréciation du médecin traitant.

La défenderesse a par ailleurs estimé que la demanderesse avait facturé, à tort, l'intervention d'un second intervenant. Dans sa détermination du 28 février 2017, elle expose, de manière contradictoire, « reconnaître [...] le temps d'un 2^{ème} intervenant comme faisant partie de ses obligations légales », tout en précisant que « les mesures dispensées par chaque fournisseur de prestations vont à la charge de l'assurance obligatoire 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 que 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 de 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.

bb) 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 défenderesse 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 facturé et il convient de le souligner. Il n'est toutefois pas établi, en l'espèce, que la demanderesse aurait contrevenu à ce principe. Rien au dossier ne permet de constater que les évaluations des soins requis auraient simplement doublé le temps d'intervention d'un intervenant ou inclus d'une manière ou d'une autre des périodes d'inactivité d'un second soignant, plutôt que de prendre en considération le temps d'intervention effectif de chacun des soignants. 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 demanderesse a d'ailleurs expliqué de manière relativement détaillée, dans un courrier électronique du 29 février 2016, comment chacun des soignants intervenait. Ces explications ne suffisent pas à constater la nécessité de soins d'une durée plus importante que celle admise par le médecin traitant, mais réfutent l'argumentation de la défenderesse relative au fait que des heures d'inactivité d'un soignant auraient été facturées.

d) Au total, la demanderesse était donc en droit de facturer 334h20 de soins de base pour les mois de janvier à mars 2016 (91h40 en janvier, 121h20 en février et 121h20 en mars). A un tarif horaire de 54 fr. 60, cela correspond à 18'254 fr. 60.

8. a) Vu ce qui précède, la demanderesse était en droit de facturer un montant total de 19'731 fr. 65 pour les évaluations et conseils (665 fr. ; consid. 5b), les examens et traitements (812 fr. 05 ; consid. 6b) et les soins de base (18'254 fr. 60 ; consid. 7d) dispensés à la patiente du 7 janvier au 31 mars 2016. La défenderesse a acquitté les factures qui lui ont été adressées pour cette période jusqu'à concurrence de 15'893 fr. 25, de sorte qu'un solde de 3'838 fr. 40 reste dû (19'731 fr. 65 - 15'893 fr. 25). La demande sera donc admise pour ce montant et rejetée pour le surplus.

b) Les frais de procédure sont 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. Vu l'issue du litige, ces frais seront partagés par moitié et mis à la charge de la demanderesse pour 1'500 fr., et de la défenderesse pour 1'500 fr. Les frais sont compensés avec les avances de frais versées par la demanderesse. N'étant pas représentée par un avocat en procédure, la demanderesse ne peut pas prétendre de dépens, hormis le remboursement de ses débours, correspondant à la moitié de l'avance de frais.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. La demande est partiellement admise.
- II. Sanitas Assurances de base SA est condamnée au paiement, à la H. _____, d'un montant de 3'838 fr. 40 (trois mille huit cent trente-huit francs et quarante 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 compensés avec les avances de frais versées par la demanderesse.
- IV. Sanitas Assurances de base SA versera à la H. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) en remboursement des avances de frais qu'elle a effectuées.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- A. _____ (pour la H. _____),
- 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 :