

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 16 juin 2023

Composition : M. MÉTRAL, président

Mmes Dupont et Frésard-Fellay, arbitres

Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

ASSOCIATION VAUDOISE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (AVASAD) à Lausanne,

et

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE ET MAINTIEN A DOMICILE DANS LA COURONNE LAUSANNOISE (APROMAD) au Mont-sur-Lausanne,

et

ASSOCIATION POUR LA SANTE, LA PREVENTION ET LE MAINTIEN A DOMICILE DU NORD VAUDOIS (ASPMAD) à Montagny-Yverdon,

demandereses, représentées par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

E. _____, à [...], défenderesse, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 7 OPAS

E n f a i t :

A. 1. L'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) est une association de droit public dont le but est de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile définie par le Conseil d'Etat en considération avec les associations représentatives des communes ; elle est également chargée de mettre en œuvre des mesures de promotion de la santé et de prévention (art. 1 al. 1 et 2 al. 1 et 2 de la loi sur l'association vaudoise d'aide et de soins à domicile, du 6 octobre 2009 [LAVASAD ; BLV 801.11]).

L'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile -Couronne lausannoise (APROMAD) est une association dont le but est de mettre en œuvre, sur son territoire, la politique d'aide et de soins à domicile, ainsi que les mesures en matière de promotion de la santé et de prévention mises en place par l'AVASAD sur l'ensemble du canton.

L'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile du Nord vaudois (ASPMAD) poursuit dans son territoire des buts analogues à ceux d'APROMAD.

Il en va de même de l'Association pour l'aide et les soins à domicile et la prévention de l'Est vaudois (Asante Sana), la Fondation de La Côte pour l'aide et les soins à domicile et la prévention (Fondation de la Côte), la Fondation Soins Lausanne, l'Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'Ouest lausannois (APREMADOL), l'Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile (ABSMAD ; ci-après : les associations de soins à domicile).

2. E. _____ (auparavant : E. _____ ; ci-après : E. _____) est une caisse-maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. De nombreux patients pris en charge par les associations de soins à domicile mentionnées ci-avant sont assurés auprès d'elle.

3. Les associations de soins à domicile mentionnées ci-avant et E. _____ sont liées par la Convention administrative entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et l'Association Spitex Privée Suisse, d'une part, et santésuisse, d'autre part, du 20 décembre 2010 (ci-après : convention spitex). Cette convention est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Elle règle les processus administratifs applicables aux prestations ambulatoires au sens des art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) 51 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) et 7 ss de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31).

B. 1. Le 10 février 2016, les associations de soins à domicile mentionnées ci-avant et l'AVASAD, représentées par Me Olivier Subilia, ont ouvert devant le Tribunal arbitral des assurances une action contre E. _____, en concluant au constat, par le tribunal arbitral, que le type de vérifications du caractère économique des prestations pratiqué par E. _____ est illicite, ainsi qu'à la condamnation d'E. _____ au paiement, en leur faveur, de divers montants pour des prestations de soins délivrées à trente-trois patients en 2014 et 2015, pour un montant total en capital de 373'900 fr. 05. Elles concluaient notamment au paiement, à APROMAD, d'un montant de 10'805 fr. 35, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} août 2014, pour des soins délivrés à Mme R. _____, ainsi que d'un montant de 4'559 fr. 15, avec intérêts à 5 % l'an dès les 1^{er} juillet 2014, pour des soins délivrés à M. V. _____ et au paiement, à ASPMAD, d'un montant de 6'270 fr., avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} août 2014, pour des soins délivrés à M. F. _____, d'un montant de 8'242 fr. 90, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 2014, pour des soins délivrés à Mme I. _____, d'un montant de 16'485 fr. 10, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} octobre 2014, pour des soins délivrés à Mme O. _____, d'un montant de 4'224 fr. 25, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 2014, pour des soins délivrés à M. U. _____, et d'un montant de 6'538 fr. 85, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 2014, pour des soins délivrés à M. B. _____.

En substance, les associations de soins à domicile reprochent à la défenderesse d'effectuer des contrôles tâillons, de demander sans cesse des renseignements et documents complémentaires en vue d'effectuer ces contrôles, de manière disproportionnée et finalement de refuser dans une large mesure la prise en charge des prestations facturées sans motifs valables.

2. L'intimée a répondu le 14 juillet 2016 en concluant au rejet de la demande dans la mesure où elle était recevable. En bref, elle a exposé avoir procédé au contrôle des factures des associations de soins à domicile dans le respect de la convention spitex. Elle reproche aux associations de soins à domicile d'avoir refusé de collaborer à ce contrôle dans une majorité de cas et d'avoir délibérément maintenu une certaine opacité dans les soins prodigués. Selon elle, les prescriptions médicales ont parfois été communiquées plusieurs mois après le début effectif des prestations ; par ailleurs, des prestations facturées n'entraient pas dans la couverture prévue par la LAMal et certaines ne répondaient pas aux critères d'adéquation, d'efficacité et d'économicité prévus par cette loi.

Les associations de soins à domicile se sont spontanément déterminées le 31 janvier 2017 en observant notamment que les prestations faisant l'objet de prescriptions médicales par un médecin étaient présumées adéquates, efficaces et économiques. Elles ont maintenu leurs conclusions.

3. Le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation entre les parties le 25 avril 2017, sans succès. Il a toutefois invité les parties à poursuivre leurs discussions et leur a imparti un délai pour lui communiquer le résultat de ces discussions. Le délai a été prolongé jusqu'au 2 octobre 2017, sans succès.

4. Le 12 juillet 2018, le Président du Tribunal arbitral a communiqué aux parties son intention de désigner un expert en vue d'établir si les prestations litigieuses répondaient aux critères

d'adéquation, d'efficacité et d'économicité, et si elles étaient suffisamment documentées. L'expertise porterait dans un premier temps sur quelques dossiers seulement, en vue d'un jugement partiel.

Les parties se sont déterminées. Le 27 août 2018, les associations de soins à domicile ont demandé que la question de la « présomption d'économicité du traitement » soit tranchée à titre préjudiciel, de manière à limiter l'expertise à la seule question de la documentation suffisante au regard de la LAMal.

Le 29 mai 2019, le Président du Tribunal arbitral a informé les parties du fait que le tribunal ne statuerait pas à titre préjudiciel sur « la présomption d'économicité du traitement » pour l'ensemble des dossiers qui lui avaient été soumis. Il a invité les parties à présenter leurs éventuelles objections à la désignation, comme expert, de M. [...], chargé de cours à la Haute école de santé de Genève, filière soins infirmiers, pratique domiciliaire, ainsi qu'au questionnaire qu'il envisageait de lui adresser, et à proposer leurs éventuelles questions complémentaires. Le 1^{er} octobre 2019, il a mandaté l'expert proposé, après que les parties se sont déterminées.

Parallèlement, le Président du Tribunal arbitral a invité la défenderesse, le 29 mai 2019, à reprendre la numérotation des pièces produites et à rectifier les bordereaux correspondants, en relation avec les dossiers pour lesquels l'expertise était envisagée. Le même jour, il a invité les associations de soins à domicile à compléter leurs allégations et leurs moyens de preuves, également à propos des dossiers pour lesquels l'expertise était envisagée. Les parties ont procédé aux rectifications et corrections demandées, les associations de soins à domicile déposant dans ce contexte une « demande complémentaire ». Elles ont rectifié cette demande le 21 octobre 2019, dans le délai qui leur avait été imparti pour le faire, en concluant au paiement, par la défenderesse, d'un montant total de 390'891 fr. 25 ; elles demandaient en particulier le paiement, à ASPMAD, d'un montant supplémentaire de 1'301 fr. 80 pour des soins donnés à M. F. _____, de 14'206 fr. 50 pour des soins donnés à

Mme O. _____ et de 1'482 fr. 90 pour des soins donnés à M. U. _____, par rapport aux dernières conclusions prises. La défenderesse s'est déterminée sur cette demande complémentaire le 30 janvier 2020, en concluant à son rejet dans la mesure où elle était recevable.

5. L'expert [...] a rendu son rapport d'expertise le 23 octobre 2020. Les parties se sont déterminées à son propos les 4 mars et 6 avril 2021. A la suite de ces déterminations, le Président du Tribunal arbitral a notamment invité les parties, le 12 juillet 2021, à clarifier certains allégués et offres de preuves. Les parties ont procédé le 13 septembre 2021 (associations de soins à domiciles) ainsi que les 30 septembre et 18 octobre 2021 (défenderesse).

Le Président du Tribunal arbitral a adressé un questionnaire complémentaire à l'expert, le 7 octobre 2021. L'expert a répondu le 4 avril 2022. Les parties se sont déterminées le 10 juin 2022. Elles ont par la suite convenu de renoncer à une audience de plaidoirie ainsi qu'à l'échange de mémoires de droit concernant les prestations de soins ayant fait l'objet de l'expertise, la cause pouvant être tranchée par le tribunal en ce qui concerne ces prestations (échange de correspondances des 28 octobre et 7 novembre 2022).

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 832.1), 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 lorsque 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 ; RSV 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 ; RSV 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 sv. LPA-VD et par les art. 106 sv. 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). Il n'examine 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,

mais se limite aux faits allégués et arguments soulevés ; à défaut, il n'examine d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier.

c) aa) Il peut notamment se justifier de rendre un jugement partiel sur le fond si celui-ci porte sur un objet dont le sort est indépendant de celui qui reste en cause et qu'il peut mettre fin à la procédure à l'égard d'une partie des consorts (cf. art. 91 LTF).

bb) Le présent arrêt a pour objet de statuer sur les prétentions émises par les demandresses à l'encontre de la défenderesse, pour des soins fournis à B._____, U._____, O._____, I._____ et F._____ (ASPMAD), ainsi qu'à V._____ et R._____ (APROMAD), pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015. La demande oppose des fournisseurs de prestations de soins à domicile établis dans le canton de Vaud, pour des soins fournis dans ce canton, à un assureur-maladie. Le litige porte en particulier sur le point de savoir si les demandresses peuvent se prévaloir d'une présomption d'adéquation, d'efficacité et d'économicité des prestations facturées, si les demandresses ont communiqué à la défenderesse les renseignements et la documentation nécessaire, pour lui permettre de vérifier les critères légaux, si les demandes de renseignements et de documents supplémentaires de la défenderesse étaient disproportionnées et, en fin de compte, si les prestations ont été fournies, documentées et facturées conformément aux conditions prévues par la LAMal ou d'une convention tarifaire conclue en application de cette loi. Les conditions de forme étant par ailleurs remplies, la demande d'ASPMAD et d'APROMAD est recevable. Le présent arrêt est un jugement partiel qui met fin au litige pour ces deux parties, sous réserve d'un recours devant le Tribunal fédéral.

cc) La question de la qualité pour agir de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) est plus délicate. Elle n'est en effet pas elle-même prestataire de soins et n'agit qu'en qualité d'organisation faîtière des différentes associations de soins à domicile du canton (art. 2 et 4 sv. de la loi sur l'association vaudoise d'aide et de soins

à domicile, du 6 octobre 2009 [LAVASAD ; BLV 801.11]). Il est douteux qu'elle puisse se prévaloir d'une compétence reconnue par la loi ou d'un intérêt digne de protection pour agir directement en vue de l'encaissement de factures par les différentes associations d'aide et de soins à domicile. La question peut demeurer ouverte dans la mesure où les associations en question ont également agi et où leurs conclusions ont été jugées recevables.

2. Les associations de soins à domicile sont en droit de facturer directement leurs prestations à la défenderesse conformément au système du tiers payant prévu par l'art. 9 al. 1 de la convention spitex. Ce point n'est pas contesté.

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 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 de soins (art. 25a al. 4 LAMal).

b) Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur 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 let. b 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 sv. 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 2014 et 2015, 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, dans sa teneur en vigueur à l'époque). Le remboursement est effectué par unité de temps de cinq minutes, mais au moins dix minutes sont remboursées (art. 7a al. 2 OPAS).

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 du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2019 [RO 1997 2039], applicable en l'espèce). 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 du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2019). 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 du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2019).

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 relève 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 sv. 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 du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2019 [RO 2009 3527]) prévoit une procédure de contrôle du bien-fondé 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 soixante heures de soins par trimestre. Ils peuvent être examinés par sondages lorsqu'ils prévoient moins de soixante 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 9C_365/2012 cités).

5. a) Conformément à l'art. 5 al. 2 de la convention spitex, l'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement et des

soins et de l'aide dont il a besoin. Elle est effectuée par une infirmière diplômée habilitée à cet effet.

L'infirmière, conjointement avec le médecin, consigne le résultat de l'évaluation sur le formulaire de déclarations de soins requis conformément à l'annexe 3a s'il s'agit de soins ambulatoires à domicile (art. 5 al. 3 de la convention spitex). L'évaluation des besoins s'effectue au domicile de l'assuré au début des prestations et doit être achevée au plus tard quatorze jours calendaires après le début de l'intervention (art. 5 al. 4). Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même assuré, ils doivent coordonner leurs prestations et se concentrer sur l'utilisation du budget temporel (art. 5 al. 5).

b) Les prestations de soins présupposent un mandat médical. La déclaration fait état des besoins probables en soins. La déclaration s'effectue exclusivement selon le modèle de l'annexe 3 (art. 6 al. 1 de la convention spitex). Une fois rempli de façon complète, le formulaire de déclaration des besoins doit être renvoyé à l'assureur sitôt qu'il aura été signé par le médecin et la personne responsable du service d'aide et de soins à domicile. Lorsque cela n'est pas possible, le formulaire est renvoyé au plus tard avec la première facture (art. 6 al. 2). Les dates du début du traitement et de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas possibles (art. 6 al. 3). Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans les quatorze jours de calendrier à compter de sa réception, l'obligation d'assumer la prestation s'applique à condition que celle-ci réponde aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 6 al. 4). La déclaration des besoins doit comporter diverses indications mentionnées à l'art. 6 al. 5, par. 1, let. a à k. Pour les soins à domicile, la déclaration des besoins doit être complétée d'une liste des prestations avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour, semaine, mois ou trimestre, conformément aux exemples figurant dans l'appendice à l'annexe 3 (art. 6 al. 5 2^{ème} paragraphe).

Si les soins requis changent durablement, une nouvelle évaluation des besoins doit être établie (art. 7 de la convention spitex). Si les soins requis changent passagèrement au cours d'une intervention pour une durée d'au moins huit jours, le changement doit être annoncé à l'assureur.

c) Le débiteur de la rémunération pour les soins à domicile alloués conformément à l'art. 7 OPAS est l'assureur (système du tiers payant ; art. 9 al. 1 de la convention spitex). La facturation est mensuelle et une ordonnance médicale doit exister pour la période sous facturation (art. 9 al. 3 et 5). Les délais de paiement dans le système du tiers payant sont de vingt-cinq jours en cas de facturation électronique et de trente-cinq jours sans facturation électronique (art. 9 al. 6). La facture porte sur les prestations dispensées sur la base d'une ordonnance médicale et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément (art. 9 al. 7). L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée de la facture dans le délai indiqué à l'al. 6 (art. 9 al. 8).

d) Les assureurs sont tenus, par la loi, de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prise en charge des prestations ainsi que leur économicité. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants : 1) examen auprès de l'assureur des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile ; 2) examen des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations ; 3) examen de cas particulier/s auprès de l'assuré (art. 18 al. 1 de la convention spitex). L'obligation d'informer l'assureur qui incombe au fournisseur de prestations est soumise au principe de proportionnalité. Les parties concernées sont tenues au respect des normes de protection des données. C'est pourquoi la majorité des cas sont contrôlés selon la modalité visée à l'al. 1.1 (art. 18 al. 2). Le déroulement des vérifications est réglé dans l'annexe 6 (art. 18 al. 3).

Conformément au chiffre 1 de l'annexe 6 à la convention spitex, un examen des pièces justificatives auprès de l'assureur, pour vérifier si les prestations facturées font partie des prestations à charge et remplissent le critère d'économicité, est effectué en deux étapes. Dans un premier temps, le fournisseur de prestations soumet systématiquement à l'assureur les formulaires d'évaluation des prestations à fournir selon l'art. 6, les formulaires de facturation selon l'art. 10 et les planifications des soins. Dans un deuxième temps, le fournisseur de prestations met à la disposition de l'assureur d'autres pièces pertinentes si celui-ci en fait la demande. Le fournisseur de prestations peut se limiter à communiquer ces renseignements au médecin-conseil de l'assureur, aux conditions de l'art. 42 al. 5 LAMal.

Lorsqu'un examen auprès du fournisseur de prestations s'avère nécessaire, l'assureur annonce sa visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les trente jours calendaires à compter de la date de l'annonce. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai. Sous réserve de l'art. 42 al. 5 LAMal et du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations fournit à la personne chargée par l'assureur d'effectuer le contrôle dans les locaux de l'organisation toute information pertinente complémentaire à celles déjà délivrées antérieurement et se rapportant aux dossiers sous contrôle. Le fournisseur de prestations veille à mettre à la disposition de la personne chargée du contrôle un collaborateur qualifié au courant des dossiers et en mesure de répondre à d'éventuelles questions. Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix jours (annexe 6, ch. 2, à la convention spitex).

Si un examen du cas particulier auprès de l'assuré est nécessaire, l'assureur informe l'assuré du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu dans le cadre d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins quatorze jours calendaires avant la visite prévue. Une fois la visite effectuée, l'assureur

doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations, dans les dix jours (annexe 6, ch. 3, à la convention spitex).

6. a) Les associations de soins à domicile estiment que leurs conclusions devraient être admises d'emblée au motif que les prestations facturées ont fait l'objet d'un mandat médical signé par le médecin traitant et qu'elles bénéficient de la présomption d'adéquation, d'efficacité et d'économicité. La défenderesse procéderait à des contrôles pointilleux et ne respecterait ainsi pas le principe de proportionnalité.

b) Les associations de soins à domicile ne pourraient se prévaloir de la présomption d'adéquation, d'efficacité et d'économicité des évaluations de soins requis, signées par les médecins traitants, que si elles avaient remis à la défenderesse la documentation nécessaire pour lui permettre de procéder à une vérification efficace du respect de ces critères et, éventuellement, de produire une argumentation détaillée en vue de renverser cette présomption. Comme on le verra ci-après, la défenderesse n'a pas toujours été suffisamment précise dans les raisons invoquées pour justifier ses refus partiels de prise en charge ; elle était souvent peu claire dans ses demandes de documentation en vue de procéder aux vérifications qui lui incombent ; elle a parfois exigé davantage de documentation que nécessaire. Il reste qu'elle était en droit de procéder à un contrôle de l'adéquation, de l'efficacité et de l'économicité des prestations facturées par les associations de soins à domicile, de même que de vérifier si les prestations prévues dans les plans de soins étaient concrètement réalisées, dans la mesure escomptée. Les interventions de l'infirmière-conseil de la défenderesse sont visées par un médecin, comme les évaluations de prestations requises par les associations de soins à domicile, et la documentation qu'ASPMAD et APROMAD ont remises à la défenderesse, spontanément, puis sur demande, étaient très lacunaires et ne permettaient pas un contrôle effectif. On reviendra plus en détail, ci-après, sur les différents dossiers ayant fait l'objet d'une expertise en vue de se prononcer sur ces questions, mais à ce stade, force est de constater que les conclusions des demanderesses ne peuvent pas être allouées d'emblée sans autre

examen. Dans ce contexte, on observera encore, à ce stade, que plusieurs évaluations de soins requis, sur lesquelles les demanderesse voudraient fonder la présomption d'économicité, d'efficacité et adéquation se sont avérées, à dire d'expert, excessives, quand bien même les soins effectivement facturés ont ensuite été réduits.

7. a)R._____, née en [...], a reçu des prestations du Centre médico-social d'[...] (ci-après : CMS d'[...]), géré par APROMAD, entre le 16 décembre 2010 et le 19 février 2015. En 2014 et 2015, elle était assurée auprès de la défenderesse. Dans ce contexte, APROMAD a adressé à la défenderesse, le 20 février 2014 (date de réception), un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 20 janvier au 20 juillet 2014. Le formulaire a été signé par l'infirmière [...] le 28 janvier 2014 et par le médecin traitant, le Dr [...], le 17 février 2014. Il indique qu'il s'agit d'une première évaluation et fait état de 3h30 par semaine, 6h07 par mois et 13h22 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 1h30 par semaine, 6h31 par mois et 19h33 par trimestre d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 7h00 par semaine, 30h25 par mois et 91h15 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 21 février 2014, la défenderesse a invité le CMS d'[...] à produire un rapport de soins circonstancié, exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne requise. Cette exigence n'était pas disproportionnée compte tenu d'une évaluation des prestations faisant état de plus de 123 heures de soins par trimestre et de l'absence de production, à ce stade, d'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex.

Le 27 mars 2014, la défenderesse a adressé un rappel au CMS d'[...], sa lettre du 21 février 2014 étant restée sans réponse. Un nouveau rappel a été adressé au CMS d'[...] le 30 avril 2014.

Le 19 mai 2014, le CMS d'[...] a fait parvenir à la défenderesse un formulaire d'évaluation des prestations réactualisé, faisant état, pour la période du 20 février au 20 août 2014, de 14h40 par semaine, 14h40 par mois, 14h40 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 55 minutes par semaine, 4 heures par mois et 11h55 par trimestre d'exams et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 9h05 par semaine, 39h30 par mois et 118h20 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi. Le formulaire a été imprimé et signé le 14 mai 2014 par [...], « responsable du centre », et le 19 mai 2014 par le Dr [...].

Le 4 juin 2014, la défenderesse a adressé un troisième rappel au CMS d'[...], en l'informant qu'à défaut de réponse dans un délai de trente jours, elle se verrait contrainte de refuser la prise en charge des prestations.

Dans un courrier daté du 4 juin 2014, mais apparemment reçu le 17 juin 2014 par la défenderesse, APROMAD s'est référée aux différents courriers de cette dernière ainsi qu'au formulaire d'évaluation des 14 et 19 mai 2014. Elle a précisé que les prestations de soins de base en faveur de R._____ avaient dû être augmentées en raison d'un zona. *A posteriori*, il avait été constaté que le temps nécessaire d'évaluation et d'examen, ainsi que de traitement, avait été surévalué par rapport au besoin en soins de base. La situation avait été particulièrement difficile pour la patiente, qui venait de déménager, et il avait été compliqué de l'évaluer dans de bonnes proportions.

b) Entre-temps, le CMS d'[...] a adressé diverses factures de prestations à la défenderesse, pour des soins à R._____ en février 2014 (factures des 11 mars et 10 avril 2014 d'un montant de 2'418 fr. 20 et de 27 fr. 30), mars 2014 (facture du 9 avril 2014 d'un montant de 2'603 fr. 20), avril 2014 (facture du 9 mai 2014 d'un montant de 1'994 fr. 50), mai 2014 (facture du 12 juin 2014 d'un montant de 1'088 fr. 15) et juin 2014 (facture du 10 juillet 2014 d'un montant de 587 fr. 65).

c) Le 17 juillet 2014, la défenderesse a écrit au CMS d'[...] qu'elle refusait la prise en charge des prestations pour la période courant dès le mois de février 2014, à défaut d'avoir reçu « un rapport de soins circonstancié (journal des prestations) ».

d) Le 19 septembre 2014, la défenderesse a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des prestations pour la période du 21 août au 19 novembre 2014. Le document a été signé le 1^{er} septembre 2014 par [...], responsable du centre, et par [...], ainsi que le 13 septembre 2014 par le Dr [...]. Il faisait état de 7h20 par trimestre de prestations d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 1h05, 4h40 et 13h55 d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 9h40 par semaine, 41h45 et 125h15 de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 de l'annexe 3 à convention spitex y était jointe.

e) Le 2 octobre 2014, la défenderesse a reçu, de la part d'APROMAD, un « document médico-social de transmission à l'attention des assureurs-maladie » (DMST ; pièce 652bis/12). Le document est signé par l'infirmière [...], mais n'est pas daté. Il concerne la période du 20 janvier au 28 février 2014 et décrit la situation de la patiente ainsi que l'évaluation des différents soins nécessaires et du temps à consacrer à chacun d'entre eux, pour chaque jour de la semaine.

f) Entre-temps, APROMAD a adressé à la défenderesse diverses factures de prestations pour des soins à R. _____ en juillet 2014 (facture du 12 août 2014 d'un montant de 2'594 fr. 20), août 2014 (facture du 9 septembre 2014 d'un montant de 2'200 fr. 55), septembre 2014 (facture du 10 octobre 2014 d'un montant de 2'377 fr. 50), octobre 2014 (facture du 13 novembre 2014 d'un montant de 2'458 fr. 35), novembre 2014 (facture du 9 décembre 2014 d'un montant de 1'486 fr. 25), décembre 2014 (facture du 13 janvier 2015 d'un montant de 400 fr. 40) et janvier 2015 (facture du 10 février 2015 d'un montant de 490 fr. 20). Une facture pour le mois de décembre 2014 (facture du 13 janvier 2015 d'un

montant de 400 fr. 40 a été émise, puis annulée [pièce 625bis/17]). Les prestations du mois de décembre 2014 ont ensuite été refacturées, simultanément aux prestations de février 2015 (facture du 10 mars 2015 d'un montant de 1'948 fr. 95).

g) Le 3 février 2015, E. _____ a informé le CMS d'[...] du fait qu'après consultation de son infirmière-conseil, Mme [...], elle ne prendrait en charge qu'une heure d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS pour l'ensemble de l'année 2014, soit 5 minutes par mois, 1h15 par mois d'exams et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et 22h30 par mois de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. En cas de désaccord, le prestataire de soins était invité à produire la liste des mesures des paramètres vitaux, la liste des médicaments, le suivi du dossier complet et la documentation démontrant chaque prestation de coordination faite par les professionnels. Le CMS d'[...] était en outre invité à produire le formulaire d'évaluation des prestations pour la période courant dès le 20 novembre 2014.

Le 16 février 2015, APROMAD a déclaré s'opposer à cette « décision ». Le 9 mars 2015, la défenderesse a réitéré sa demande de divers documents conformément à sa lettre du 3 février 2015 et a invité à nouveau le CMS à produire le formulaire d'évaluation pour la période courant dès le 20 novembre 2014.

h) Le 10 mars 2015, la défenderesse a reçu le nouveau formulaire d'évaluation des prestations concernant R. _____ pour la période du 20 novembre 2014 au 17 février 2015. Le document a été signé le 17 février 2015 par [...], responsable de centre, et [...], infirmière en psychiatrie, ainsi que le 2 mars 2015 par le Dr [...]. Il fait état de 9h50 par semaine, 9h50 par mois et 9h50 par trimestre de prestations d'instructions et conseils, de 1h10 par semaine, 9h50 par mois et 9h50 par trimestre de prestations d'instructions et conseils, de 1h10 par semaine, 4h55 par mois et 14h40 par trimestre d'exams et soins, et de 9h45 par semaine, 42h20 par mois et 127 heures par trimestre de soins de base. Il

n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 de l'annexe 3 à la convention spitex y était jointe.

i) Le 16 mars 2015, accusant réception du formulaire d'évaluation des prestations pour la période du 20 novembre 2014 au 17 février 2015, la défenderesse a informé le CMS d'[...] qu'elle acceptait la prise en charge de 5 minutes par mois de prestations d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, d'1h15 par mois d'exams et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 22h30 par mois de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. En cas de désaccord, le prestataire de soins était invité à produire la documentation demandée par lettres des 3 février et 9 mars 2015.

j) En annexe à une lettre datée du 26 mars 2015, reçue le 2 avril 2015, APROMAD a transmis à la défenderesse un dossier comprenant les paramètres vitaux, la liste des médicaments et les observations et transmissions cliniques concernant R._____, pour la période du 1^{er} mars 2014 au 17 février 2015.

Ces documents n'ont pas été immédiatement soumis à l'infirmière-conseil de la défenderesse.

k) La défenderesse a payé une partie des factures d'APROMAD pour des prestations à R._____, pour la période de janvier 2014 à février 2015, à raison d'un montant total de 12'612 fr. 35, conformément aux prestations dont elle avait admis la prise en charge. Hormis pour les factures concernant les prestations de juillet et août 2014, reçues en septembre 2015 et payées dans le même mois, toutes les factures ont été payées le 15 mars 2015 au plus tard. Il en résulte un solde de factures impayées d'un montant total de 10'805 fr. 35.

l) Après le dépôt d'une action en paiement d'APROMAD contre la défenderesse, en février 2016, cette dernière a soumis à son infirmière-conseil, pour la première fois, les documents reçus le 2 avril 2015. Cela a conduit l'infirmière-conseil à revoir son appréciation précédente et à proposer l'admission d'une heure par mois de prestations d'évaluations et

conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (contre 5 minutes par mois précédemment), d'une heure et quart par mois d'exams et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (sans changement) et de 22h30 par mois de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (sans changement), dans une détermination du 31 mai 2016 produite par la défenderesse.

8. a) Il découle du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, qu'APROMAD a fourni à plusieurs reprises des formulaires d'évaluation des prestations avec beaucoup de retard et bien après le début des soins, ce qui correspond à une ordonnance rétroactive en principe prohibée par l'art. 6 al. 3 de la convention spitex. Il en va ainsi en particulier des formulaires remis le 19 mai 2014 pour la période courant dès le 20 février 2014 et le 10 mars 2015 pour la période courant dès le 20 novembre 2014. La liste des prestations selon l'appendice à l'annexe 3 de la convention spitex n'a généralement pas été produite. En effet, seule une liste non datée a été remise à la défenderesse, très tardivement, soit le 2 octobre 2014, pour une période limitée dans le temps (du 20 janvier au 28 février 2014). Par la suite, APROMAD a encore tardé à produire les autres documents requis par la défenderesse dès le 2 février 2015. Dans ces conditions, elle est mal venue de reprocher à la défenderesse des contrôles disproportionnés et tâillons alors qu'au vu des documents produits, souvent tardivement et de manière incomplète, la défenderesse ne pouvait tout simplement pas procéder au contrôle qui lui incombait. Il est vrai que la défenderesse a pour sa part tardé, dès le mois d'avril 2015, à soumettre les derniers documents reçus à son infirmière-conseil, puisqu'elle ne l'a fait qu'après le dépôt d'une action en justice par APROMAD en février 2016. Il est vrai également que la détermination de l'infirmière-conseil sur ces nouveaux documents (pièce 643), comme d'ailleurs ses autres déterminations figurant au dossier, est très peu structurée, rédigée parfois en style quasiment télégraphique, au point de n'être pas entièrement compréhensible. Il n'en reste pas moins qu'en l'état, à défaut d'avoir remis en temps utile les documents nécessaires pour permettre à la défenderesse de se déterminer valablement, APROMAD ne peut pas se prévaloir de la présomption d'adéquation,

d'efficacité et d'économicité des prestations faisant l'objet des formulaires d'évaluation pour obtenir d'emblée, et sans autre examen, le paiement de l'intégralité des factures litigieuses. Une expertise était nécessaire et a été ordonnée. Comme on le verra, cette expertise a confirmé, d'une part, que toutes les prestations fournies n'ont pas été suffisamment documentées et, d'autre part, qu'une partie de ces prestations ne peut pas être considérée comme ayant été effectuée de manière adéquate, efficace et économique. On rendra néanmoins la défenderesse attentive au fait qu'on peut attendre d'elle qu'elle produise une détermination davantage structurée et compréhensible sur les manquements concrètement suspectés au regard des documents produits, autant que ces derniers le permettent. La défenderesse est expressément invitée à y remédier pour l'avenir, faute de quoi ses objections pourraient être considérées d'un œil plus critique par le tribunal.

b) aa) En ce qui concerne la documentation produite par APROMAD, l'expert [...] constate des manquements importants, notamment l'absence de plan de soins. Il observe que des formulaires d'évaluation des prestations figurent au dossier (feuilles d'évaluation OPAS), mais qu'ils constituent uniquement des devis, autrement dit des évaluations prévisionnelles des temps, par catégorie de prestations (art. 7 al. 2 let. a, b ou c OPAS). Ils ne remplacent pas un mandat médical comprenant les soins effectivement prescrits. On observera dans ce contexte que l'art. 6 al. 2, 2^{ème} paragraphe, de la convention spitex, ainsi que le chiffre 1 de l'annexe 6 à cette convention, prévoient expressément l'établissement d'un plan de soins par le fournisseur de prestations et le droit pour l'assureur-maladie de le consulter par l'intermédiaire d'un médecin-conseil.

bb) APROMAD a contesté l'absence de plan de soins au dossier en se référant notamment aux pièces 644, 649 et 652. Si l'on peut s'interroger sur la qualification de la pièce 644, force est de constater qu'elle reste de toute façon très insuffisante puisqu'elle porte uniquement sur la période du 20 janvier au 28 février 2014. Les autres pièces mentionnées ci-avant ne constituent à l'évidence pas des plans de soins,

mais un relevé du traitement médicamenteux et des paramètres vitaux, d'une part, et un relevé d'observations, d'autre part.

cc) Dans sa détermination du 4 mars 2021 sur le rapport d'expertise initial, APROMAD demande que l'expert soit invité à préciser quelles pièces feraient défaut, de manière à pouvoir les produire encore. L'expert a toutefois clairement précisé qu'un plan des soins faisait défaut. La défenderesse avait déjà demandé sa production bien avant l'ouverture de la procédure, de même que la production d'un journal des soins. APROMAD était donc parfaitement en mesure de produire ces documents en temps utile si elle en disposait.

c) aa) En ce qui concerne les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), l'expert considère que les prestations facturées n'ont pas été correctement documentées et ne répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité que pour 50 % d'entre elles environ. Il expose à l'aide d'exemples pour quels motifs une large part des prestations facturées n'est pas suffisamment documentée ou correspondent à des durées excessives. Il expose que dans les 50 % des prestations admises figurent une évaluation périodique de 60 minutes tous les trois mois, un bilan d'évaluation de l'état de santé de 15 minutes tous les trois mois et un premier plan de soins de 30 minutes. En l'absence de plans de soins et de journal des soins plus précis que ceux figurant au dossier, il convient d'admettre ces constatations et de réduire de 50 % les montants facturés par APROMAD pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS. Cela représente un montant total de 921 fr. 15 pour la période du 20 janvier 2014 au 18 février 2015, au lieu des 1'842 fr. 30 qui ont été facturés pour ce poste.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, l'expert expose que les actes effectivement réalisés ne sont pas documentés, hormis les mesures des signes vitaux. Lorsqu'ils sont documentés, le temps consacré aux actes en question paraît un peu surestimé. Au vu de cette documentation lacunaire, l'expert en est réduit à estimer le temps raisonnablement consacré à ces

prestations et propose d'admettre 25 minutes par semaine pour le contrôle de santé, la mesure du pouls et de la tension artérielle ainsi que la préparation du semainier, auxquelles s'ajoute une consultation du médecin deux fois par mois (2x11 minutes).

Pour la période du 20 au 31 janvier 2014, APROMAD a facturé 2.42 heures d'examens et traitements, pour un montant de 158 fr. 25 alors que seules 105 minutes auraient été justifiées selon l'expert (2x25 minutes + 15 minutes pour la consultation du médecin, en admettant d'arrondir le temps consacré aux cinq minutes supérieures conformément à l'art. 7a al. 2 OPAS). Il convient de rectifier la facture dans ce sens et n'admettre qu'un montant de 114 fr. 45 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 28 février 2014, APROMAD a facturé 4.17 heures d'examens et traitements, pour un montant de 272 fr. 75, alors que seules 130 minutes auraient été justifiées selon l'expert (4x25 minutes + 2x15 minutes). Il convient de rectifier la facture dans ce sens et de n'admettre qu'un montant de 141 fr. 70 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 31 mars 2014, APROMAD a facturé 3h45 d'examens et traitements, pour un montant de 245 fr. 25, alors que seules 130 minutes auraient été nécessaires. Il convient de rectifier la facture dans ce sens et de n'admettre qu'un montant de 141 fr. 70 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 30 avril 2014, APROMAD a facturé 3 heures d'examens et traitements, pour un montant de 196 fr. 20, alors que seules 170 minutes auraient été nécessaires (5x25 minutes + 3x15 minutes). La facture sera donc réduite à 185 fr. 30 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 31 mai 2014, APROMAD n'a facturé que 35 minutes d'examens et traitements, pour un montant de 38 fr. 15. Il n'y a pas lieu de constater d'excès. Aucun examen ou traitement n'a par ailleurs été facturé pour le mois de juin 2014.

Pour la période du 1^{er} au 31 juillet 2014, APROMAD a facturé 3h30 d'examens et traitements, pour un montant de 228 fr. 90, alors que seules 170 minutes auraient été justifiées selon l'expert. Il convient de rectifier la facture et de la réduire à 185 fr. 30 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 31 août 2014, APROMAD a facturé 3h15 d'examens et traitements, pour un montant de 212 fr. 55, alors que seules 130 minutes auraient été justifiées selon l'expert. Il convient de rectifier la facture et de la réduire à 141 fr. 70 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 30 septembre 2014, APROMAD a facturé 2h45 d'examens et traitements, pour un montant de 179 fr. 85, alors que seules 130 minutes auraient été justifiées selon l'expert. Il convient de rectifier la facture et de la réduire à 141 fr. 70 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 31 octobre 2014, APROMAD a facturé 2h45 d'examens et traitements, pour un montant de 179 fr. 85, alors que seules 155 minutes auraient été justifiées selon l'expert (5x25 minutes + 2x15 minutes). Il convient de rectifier la facture et de la réduire à 168 fr. 95 pour ce poste.

Pour la période du 1^{er} au 20 novembre 2014, APROMAD a facturé 1h40 d'examens et traitements, pour un montant de 109 francs. On peut admettre cette facturation.

Pour le mois de décembre 2014, APROMAD n'a pas facturé d'examens et traitements.

Pour la période du 26 au 31 janvier 2015, APROMAD a facturé 40 minutes d'examens et traitements, pour un montant de 43 fr. 60. On peut admettre cette facturation (1x25 minutes + 1x15 minutes).

Pour le mois de février 2015, APROMAD a facturé 2h15 d'examens et traitements, pour un montant de 147 fr. 15, alors que 90 minutes auraient été justifiées selon l'expert (3x25 minutes + 1x15

minutes). Il convient de rectifier la facture et de la réduire à 98 fr. 10 pour ce poste.

Au total, les montants admis pour les examens et traitements pendant la période litigieuse sont de 1'509 fr. 65, au lieu des 2'011 fr. 50 facturés.

cc) En ce qui concerne les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, l'expert constate que les prestations facturées n'ont été que rarement documentées, « sauf quand [elles] n'étaient pas réalisé[e]s ». Il estime que les prestations effectuées de manière adéquate, efficace et économique correspondaient à deux douches par semaine (2x40 minutes), la toilette au lavabo cinq fois par semaine (5x30 minutes, en prenant en considération un arrondi aux cinq minutes supérieures), la mise et le retrait des bas de contention 14 fois par semaine (14x10 minutes), l'installation pour la nuit sept fois par semaine (7x15 minutes). Il se réfère sur ce point à des références moyennes à adapter à la situation quotidienne. Sur cette base, on prendra en considération 475 minutes de soins de base par semaine, soit en moyenne 67.86 minutes par jour, en se fondant sur le degré de la vraisemblance prépondérante. On n'admettra pas davantage que cette valeur moyenne, à défaut de documentation suffisante pouvant justifier des soins plus importants. Lorsque sur une mensualité, les temps facturés sont moindres, on les prendra tels quels en considération. APROMAD est par ailleurs rendue attentive au fait qu'il lui appartient de documenter beaucoup plus soigneusement les soins réellement effectués. A défaut de correction sur ce point à l'avenir, les exigences probatoires pour constater les soins effectués et pouvant être facturés pourraient être plus sévères.

Pour la période du 20 au 31 janvier 2014, APROMAD a facturé 10.84 heures de soins, ce qui est compatible avec l'évaluation moyenne admise ci-avant. La facture de 591 fr. 85 peut être admise.

En février 2014, APROMAD a facturé 36.14 heures de soins de base, pour un montant de 1'973 fr. 25, alors que seules 31.67 heures

peuvent être admises, à raison de 67.86 minutes pendant 28 jours. Il convient de rectifier la facture et de la réduire à 1'729 francs (54 fr. 60 x 31.67).

En mars 2014, APROMAD a facturé 39h10 de soins de base, pour un montant de 2'138 fr. 50. On admettra 35.06 heures pour 1'914 fr. 30 (54 fr. 60 x 35.06).

En avril 2014, APROMAD a facturé 32h05 de soins de base pour un montant de 1'751 fr. 75. Cette facture ne prête pas flanc à la critique.

En mai 2014, APROMAD a facturé, pour 16 jours, 18h30 de soins de base, pour un montant de 1'010 fr. 10. On admettra 18.1 heures pour un montant de 988 fr. 25.

En juin 2014, APROMAD a facturé 6h30 de soins de base pour 6 jours, pour un montant de 354 fr. 90. On admettra ce montant.

En juillet 2014, APROMAD a facturé 41h15 de soins de base pour 31 jours, pour un montant de 2'252 fr. 25. On n'admettra pas davantage que 35.06 heures, pour un montant de 1'914 fr. 30.

En août 2014, APROMAD a facturé 36h10 de soins de base pour 31 jours, pour un montant de 1'974 fr. 70. On n'admettra pas davantage que 35.06 heures, pour un montant de 1914 fr. 30.

En septembre 2014, APROMAD a facturé 38h40 de soins de base pour 30 jours, pour un montant de 2'111 fr. 20. On n'admettra pas davantage que 33.93 heures, pour un montant de 1'852 fr. 60.

En octobre 2014, APROMAD a facturé 39h25 de soins de base pour 31 jours, pour un montant de 2'152 fr. 15. On n'admettra pas davantage que 35.06 heures, pour un montant de 1'914 fr. 30.

En novembre 2014, APROMAD a facturé 24h15 de soins de base pour 20 jours, pour un montant de 1'324 fr. 05. On n'admettra pas davantage que 1'235 fr. 05.

En décembre 2014, APROMAD a facturé 4h10 de soins de base pour 4 jours, pour un montant de 227 fr. 50. Cette facture doit être admise.

En janvier 2015, APROMAD a facturé 7h05 de soins de base pour 6 jours, pour un montant de 386 fr. 75. On n'admettra pas davantage que 6.79 heures, pour un montant de 370 fr. 75.

En février 2015, APROMAD a facturé 24h05 de soins de base pour 18 jours, pour un montant de 1'314 fr. 95. On n'admettra pas davantage que 20.36 heures, pour un montant de 1'111 fr. 65.

Au total, les montants admis pour les soins de base pendant la période litigieuse sont de 17'870 fr. 50, au lieu de 19'563 fr. 90 qui ont été facturés.

d) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) pendant la période litigieuse à Mme R._____, le montant total de 20'301 fr. 30 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés (23'417 fr. 70) par APROMAD est de 3'116 fr. 40. Au vu du solde des factures resté impayées (10'805 fr. 35 ; consid. 7k) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 7'688 fr. 95 (10'805 fr. 35 - 3'116 fr. 40).

9. a) M. B._____, né en [...], a notamment reçu des prestations du CMS d'[...], géré par ASPMAD du mois de novembre 2013 au mois de janvier 2015. Il était assuré auprès de la défenderesse pendant cette période. Dans ce contexte, ASPMAD a adressé à la défenderesse un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 25 décembre 2013 au 25 janvier 2014. Le formulaire a été signé par [...] le 12 février 2014 et par le Dr [...] le 17 février 2014. Il a été

reçu le 27 février 2014 par la défenderesse. Il fait état de 6h45 d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, par semaine, par mois et par trimestre, de 1h55 par semaine, 8h20 par mois et 25 heures par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 7h00 par semaine, 30h25 par mois et 91h15 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le même jour, E. _____ a reçu, de la part du CMS d'[...], un second formulaire d'évaluation des prestations, également signé les 12 février et 17 février 2014 par [...] et le Dr [...]. Ce second formulaire faisait état, pour la période du 26 janvier au 26 avril 2024, des mêmes besoins que précédemment pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a et c OPAS. En revanche, il mentionnait un besoin de 55 minutes par semaine, 4 heures par mois et 12 heures par trimestre pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

b) Le 28 février 2014, la défenderesse a accusé réception du formulaire d'évaluation des prestations « valable du 17 février 2014 » et a invité le CMS d'[...] à produire un rapport de soins circonstancié exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne requise. La défenderesse a relancé le CMS d'[...], par téléphone, le 31 mars 2014. Le lendemain, elle a accusé réception d'un rapport de soins circonstancié, en précisant qu'il était à l'étude auprès de son service médical.

c) Le 16 mai 2014, la défenderesse a informé le CMS d'[...] qu'elle acceptait la prise en charge d'une heure par trimestre de prestations d'évaluations et conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS), d'une heure et demie par mois de soins médicaux (art. 7 al. 2 let. b OPAS) et de 13h30 par mois de soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS). En cas de désaccord, elle invitait le prestataire de soins à produire la documentation complète

de toutes les évaluations effectuées chaque jeudi, celle de toutes les consultations avec le médecin, ainsi que la documentation relative à toutes les instructions envers la famille soignante ou d'autres membres du réseau.

d) Le 27 mai 2014, ASPMAD a contesté la prise de position de la défenderesse, en observant que les disparités entre les prestations nécessaires selon le prestataire de soins et celles admises par la caisse-maladie n'étaient pas admissibles. Elle maintenait donc sa demande de prises en charge et produisait la documentation relative aux observations des infirmières pour les mois de février et mars 2014.

Le 23 juin 2014, la défenderesse a informé ASPMAD du fait qu'elle maintenait sa position, la documentation envoyée étant insuffisante. Elle faisait diverses observations sur les soins facturés et soulignait notamment que les réévaluations que le prestataire de soins prétendait effectuer tous les jeudis n'étaient pas documentées.

e) Entre-temps, le CMS d'[...] a transmis à E. _____ un nouveau formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 27 avril au 26 juillet 2014. Le document a été signé le 15 avril 2014 par [...] et le 24 avril 2014 par le Dr [...]. Il est parvenu à la défenderesse le 2 mai 2014. Il fait état de 5h15 par semaine, par mois et par trimestre de prestations d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 40 minutes par semaine, 2h55 par mois et 8h40 par trimestre d'exams et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 6h00 par semaine, 26 heures par mois et 78h00 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

f) Le CMS d'[...] a également adressé plusieurs factures à E. _____. Il s'agit d'une facture du 12 février 2014 de 1'836 fr. 25 pour les prestations effectuées en janvier 2014, d'une facture du 11 mars 2014 de 1'690 fr. 55 pour les prestations effectuées en février 2014, d'une facture du 9 avril 2014 de 1'663 fr. 15 pour les prestations effectuées en mars 2014, d'une facture du 12 mai 2014 de 1'680 fr. 85 pour les prestations effectuées en avril 2014, d'une facture du 11 juin 2014 de

1'659 fr. 95 pour les prestations effectuées en mai 2014, d'une facture du 8 juillet 2014 de 764 fr. 10 pour les prestations effectuées en juin 2014, d'une facture du 11 août 2014 de 1'570 fr. 80 pour les prestations effectuées en juillet 2014, d'une facture du 9 septembre 2014 de 1'687 fr. pour les prestations effectuées en août 2014 et d'une facture du 13 octobre 2014 de 1'009 fr. 30 pour les prestations effectuées en septembre 2014 (pièces 560 sv.).

g) Le 24 octobre 2014, E. _____ a invité ASPMAD à produire le formulaire d'annonce des besoins établissant que les actes accomplis et les traitements dispensés avaient bien été prescrits par un médecin. Le 31 octobre 2014, ASPMAD a transmis à la défenderesse un formulaire d'évaluation des soins au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 27 juillet au 25 octobre 2014, signé le 29 juillet 2014 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Le formulaire fait état de 5h15 d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS par semaine, mois et trimestre, de 40 minutes par semaine, 2h55 par mois et 8h40 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 6h00 par semaine, 26h10 par mois et 78h25 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

h) Le 6 novembre 2014, E. _____ a informé ASPMAD du fait qu'elle prendrait en charge 20 minutes par mois d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 1h30 par mois de soins médicaux au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et 13h30 par mois de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

i) Le 10 novembre 2014, ASPMAD a transmis à la défenderesse un nouveau formulaire d'évaluation des soins au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 26 octobre 2014 au 24 janvier 2015. Le formulaire est daté des 21 et 27 octobre 2014 et signé par [...] et le Dr [...]. Il fait état de 4h30 par semaine, par mois et par trimestre d'instructions et conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS), de 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h30 par trimestre d'examens et soins (art. 7 al. 2 let. b OPAS) et de 6h05 par

semaine, 26h10 par mois et 78h30 par trimestre de soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS).

Le 12 novembre 2014, E. _____ a informé le CMS d'[...] qu'elle ne modifierait pas les temps de prise en charge déjà communiqués.

j) ASPMAD a facturé un montant de 1'570 fr. 60 pour les prestations effectuées en octobre 2014 (factures des 12 novembre et 10 décembre 2014 ; pièces 569 et 570). Elle a facturé 1'540 fr. 80 pour les prestations effectuées en novembre 2014 (facture du 10 décembre 2014), 1'604 fr. 20 pour les prestations du mois de décembre 2014 (facture du 12 janvier 2015) et 792 fr. 35 pour les prestations du mois de janvier 2015 (facture du 11 février 2015).

k) Sur les montants facturés par le prestataire de soins pour les prestations des mois de janvier 2014 à janvier 2015, d'un montant total de 19'069 fr. 90, 6'538 fr. 85 restent impayés selon la demanderesse. Au vu des preuves de paiement apportées par la défenderesse, on peut tenir ce fait pour établi.

10. a) Il découle du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, qu'ASPMAD a parfois fourni des formulaires d'évaluation des prestations avec beaucoup de retard et bien après le début des soins, contrairement à ses obligations. Il en va ainsi en particulier du formulaire remis le 31 octobre 2014, pour la période courant dès le 27 juillet 2014. La liste des prestations selon l'appendice à l'annexe 3 de la convention spitex n'a généralement pas été produite, hormis une liste imprimée le 12 février 2014, produite le 1^{er} avril 2014, Cette liste reste très sommaire, l'expert estimant pour sa part qu'il s'agit d'« une ébauche de plan de soins ». Surtout, la défenderesse a demandé la production d'un dossier plus complet comprenant la documentation des prestations effectuées, en particulier la justification des nombreuses prestations d'évaluation et conseils. Le document de deux pages produit

le 27 mai 2014 est notablement insuffisant de ce point de vue, comme l'a constaté l'expert.

b) aa) En ce qui concerne les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), l'expert considère que les prestations facturées n'ont pas été correctement documentées et qu'elles ne répondent que partiellement aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Il souligne que les deux pages de documentation produites (pièces 816bis/7) sont nettement insuffisantes et que le temps d'évaluation, de conseil et de coordination demandé par ASPMAD paraît nettement surestimé. Il admet une évaluation périodique d'une heure tous les six mois, un premier plan de soins de 30 minutes, un bilan d'évaluation de l'état de santé de 15 minutes tous les six mois et un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes une fois par semaine lors du passage pour la préparation du semainier.

En l'espèce, au vu de ces constatations de l'expert, on admettra, pour le mois de janvier 2014, la facturation de 105 minutes pour les différentes évaluations admises par l'expert par périodes de six mois et pour le premier plan de soins, ainsi que de 15 minutes par semaine pour un bilan de l'état de santé lors de passages pour le semainier. Cette évaluation paraît généreuse dans la mesure où le patient était déjà suivi par le CMS d'[...] depuis le mois de novembre 2013 et où un premier plan de soins et une première évaluation périodique auraient déjà dû être effectués précédemment. Les prestations admises correspondent ainsi à 150 minutes (105 + 3x15), pour un montant facturable de 199 fr. 50 (150 / 60x79 fr. 80), étant précisé qu'aucune prestation de conseil n'a été effectuée la première semaine de janvier, si l'on se réfère à la facture. La facture d'ASPMAD (266 fr.) sera réduite à 199 fr. 50 pour ce poste.

Pour le mois de février 2014, on admettra, conformément à l'expertise, une heure facturable au titre de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (4x15 minutes), pour un montant de 79 fr. 80. La facture d'ASPMAD (219 fr. 45) sera réduite à 79 fr. 80 pour ce poste.

Pour le mois de mars 2014, aucune prestation d'évaluation et de conseils n'a été facturée avant la semaine du 12 au 19 mars. On admettra par conséquent 30 minutes d'évaluations (2x15 minutes) pour les deux semaines du 12 au 19 et du 20 au 27 mars, pour un montant de 39 fr. 90. La facture d'ASPMAD (86 fr. 45) sera réduite à ce montant.

En avril 2014, des prestations d'évaluation et conseils n'ont été facturées que lors des deux dernières semaines du mois. On admettra donc 30 minutes facturables (2x15 minutes), pour un montant de 39 fr. 90. La facture d'ASPMAD (119 fr. 70) sera réduite à ce montant.

En mai 2014, la facture d'ASPMAD pour les prestations d'évaluation et de conseils ne prête pas flanc à la critique. On admettra donc le montant facturé de 33 fr. 25 pour ce poste. Il en va de même pour le mois de juin 2014, pour lequel on admettra la facturation de 13 fr. 30.

Pour le mois de juillet 2014, on admettra 75 minutes pour les différentes évaluations admises pas l'expert par périodes de six mois, plus 45 minutes pour les prestations d'évaluation admises hebdomadairement, étant précisé qu'aucune prestation d'évaluation n'a été effectuée du 22 au 27 juillet selon la facture d'ASPMAD. Cela représente 120 minutes de prestations au titre de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, pour un montant admissible de 159 fr. 60. La facture d'ASPMAD (206 fr. 15) doit être réduite dans ce sens.

En août 2014, on admettra 45 minutes de prestations d'évaluation et conseils (3x15 minutes), étant précisé qu'aucune prestation n'a été effectuée pour la dernière semaine d'août. Cela correspond à un montant de 59 fr. 85. La facture d'ASPMAD (133 fr.) doit être réduite dans ce sens.

En septembre 2014, on admettra 45 minutes de prestations d'évaluation et conseils (3x15 minutes), pour un montant de 59 fr. 85. La facture d'ASPMAD (73 fr. 15) doit être réduite dans ce sens.

En octobre 2014, on admettra 30 minutes d'évaluation et conseils (2x15 minutes), étant précisé qu'aucune prestation n'a été effectuée dans la semaine du 13 au 18 octobre, ni dans la semaine du 27 octobre au 2 novembre 2014. La facture d'ASPMAD (113 fr. 05) sera donc réduite à 39 fr. 90.

En novembre 2014, on admettra 15 minutes d'évaluation et conseils, étant précisé qu'aucune prestation n'a été effectuée avant la semaine du 24 au 30 novembre 2014. Cela correspond à un montant de 19 fr. 95. La facture d'ASPMAD (53 fr. 20) doit être réduite dans ce sens.

La facture de décembre 2014 ne prêt pas flanc à la critique et peut être admise sans modification (46 fr. 55). Enfin, aucune prestation d'évaluation ou de conseils n'a été facturée pour le mois de janvier 2015.

Au total, les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS qui ont été admises correspondent à un montant de 758 fr. 10, contre des prestations facturées de 1'363 fr. 25, soit une différence facturée à tort de 605 fr. 15.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, l'expert considère que les prestations facturées n'ont pas été suffisamment documentées et que le temps facturé paraît un peu « surestimé ». Il estime les temps moyens raisonnablement consacrés à ces soins à 5 minutes par semaine pour un contrôle de santé, 10 minutes pour la prise de la tension artérielle et du pouls, 10 minutes pour la préparation du semainier et 5 minutes pour l'application d'une crème, soit 30 minutes par semaine. Il ajoute 11 minutes (15 minutes compte tenu de l'arrondi aux cinq minutes supérieures) pour consulter le médecin une fois par mois « si nécessaire ». Au vu du peu de documentation au dossier, on se référera à ces temps moyens.

Pour le mois de janvier 2014, on admettra 3x30 minutes pour les contrôles hebdomadaires, étant précisé qu'aucun examen ni traitement n'a été effectué pour la première semaine, selon la facture. On

admettra également 15 minutes pour la consultation du médecin, ce qui représente un total de 105 minutes, pour un montant de 114 fr. 45 (105 minutes / 60x65 fr. 40). La facture d'ASPMAD (223 fr. 45) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de février 2014, on admettra 4x30 minutes pour les contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15. La facture d'ASPMAD (201 fr. 65) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de mars 2014, on admettra 3x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 105 minutes pour 114 fr. 45. La facture d'ASPMAD (179 fr. 85) sera réduite à ce montant.

Pour le mois d'avril 2014, on admettra 4x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15. La facture d'ASPMAD (223 fr. 45) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de mai 2014, on admettra 4x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15. La facture d'ASPMAD (207 fr. 10) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de juin 2014, on admettra 2x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 75 minutes pour 81 fr. 75. La facture d'ASPMAD (87 fr. 20) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de juillet 2014, on admettra 4x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15. La facture d'ASPMAD (190 fr. 75) sera réduite à ce montant.

Pour le mois d'août 2014, on admettra 4x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15. La facture d'ASPMAD (152 fr. 60) sera réduite à ce montant.

Pour la période du 1^{er} au 19 septembre 2014, on admettra 3x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 114 fr. 45. La facture d'ASPMAD (130 fr. 80) sera réduite à ce montant.

Pour le mois d'octobre 2014, on admettra 4x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15, ce qui correspond à la facture d'ASPMAD. La facture de ce prestataire pour le mois de novembre 2014 ne prête pas davantage flanc à la critique et peut être admise (136 fr. 25).

Pour le mois de décembre 2014, on admettra 4x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 135 minutes pour 147 fr. 15, ce qui correspond à la facture d'ASPMAD.

Pour le mois de janvier 2015, on admettra 2x30 minutes de contrôles hebdomadaires et 15 minutes pour la consultation d'un médecin, soit un total de 75 minutes pour un montant de 81 fr. 75. La facture d'ASPMAD (141 fr. 70) sera réduite à ce montant.

Au total, les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS qui ont été admises correspondent à un montant de 1'673 fr. 15, contre des prestations facturées de 2'169 fr. 10, soit une différence de 495 fr. 95. On observera que la consultation d'un médecin a été prise en considération chaque mois, alors qu'il est douteux qu'une telle consultation ait été aussi systématiquement pratiquée ou nécessaire.

cc) En ce qui concerne les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, l'expert considère que les prestations facturées sont

insuffisamment documentées. Il en va en particulier ainsi pour la pose des bas de contention, l'habillement et la gestion du traitement médicamenteux. La mobilisation est peu détaillée. L'expert estime que le temps demandé par le prestataire de soins est légèrement surestimé. Sur la base de temps de référence moyens, il admet 50 minutes par jour, à adapter à la situation journalière. En l'absence de documentation suffisante, on se référera à ce temps moyen.

Pour le mois de janvier 2014, 27 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'350 minutes (50x27) admissibles pour un montant de 1'228 fr. 50 (1'350 / 60x54 fr. 60). La facture d'ASPMAD (1'346 fr. 80) doit être réduite à ce montant.

Pour le mois de février 2014, 24 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'200 minutes pour 1'092 francs. La facture d'ASPMAD (1'269 fr. 45) doit être réduite à ce montant.

Pour le mois de mars 2014, 26 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'300 minutes pour 1'183 francs. La facture d'ASPMAD de 1'396 fr. 85 doit être réduite à ce montant.

Pour le mois d'avril 2014, 25 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'250 minutes pour un montant de 1'137 fr. 50. La facture d'ASPMAD (1'337 fr. 70) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de mai 2014, 25 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'250 minutes pour un montant de 1'137 fr. 50. La facture d'ASPMAD (1'419 fr. 60) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de juin 2014, 12 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 600 minutes pour 546 francs. La facture d'ASPMAD (637 fr.) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de juillet 2014, 21 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'050 minutes pour 955 fr. 50. La facture d'ASPMAD (1'173 fr. 90) sera réduite à ce montant.

Pour le mois d'août 2014, 25 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'250 minutes pour 1'137 fr. 50. La facture d'ASPMAD (1'401 fr. 40) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de septembre 2014, 16 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 800 minutes pour 728 francs. La facture d'ASPMAD (805 fr. 35) sera réduite à ce montant.

Pour le mois d'octobre 2014, 23 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'150 minutes pour 1'046 fr. 50. La facture d'ASPMAD (1'310 fr. 40) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de novembre 2014, 24 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'200 minutes pour 1'092 fr. La facture d'ASPMAD (1351 fr. 35) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de décembre 2014, 25 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 1'250 minutes pour 1'137 fr. 50. La facture d'ASPMAD (1'410 fr. 50) sera réduite à ce montant.

Pour le mois de janvier 2015, 10 jours de soins ont été facturés, ce qui représente 500 minutes pour 455 fr. La facture d'ASPMAD (650 fr. 65) sera réduite à ce montant.

Au total, les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS qui ont été admises correspondent à un montant de 12'876 fr. 50, contre des prestations facturées de 15'510 fr. 95, soit une différence facturée à tort de 2'634 fr. 45.

c) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) dispensées pendant la période litigieuse à M. B. _____, le montant

total de 15'307 fr. 75 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés (19'043 fr. 30) par ASPMAD est de 3'735 fr. 55. Au vu de solde des factures resté impayées (6'538 fr. 85 ; consid. 9k) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 2'803 fr. 30 (6'538 fr. 85 - 3'735 fr. 55).

11. a) I. _____, née en [...], a reçu des prestations du Centre médico-social de [...] (ci-après : CMS de [...]), géré par ASPMAD, entre le 27 septembre 2013 et le 28 février 2015 notamment. Elle était assurée auprès de la défenderesse. Dans ce contexte, le CMS de [...] a adressé à la défenderesse, le 30 octobre 2013 (date de réception), un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 27 septembre au 26 décembre 2013. Le formulaire a été signé le 15 octobre 2013 par le Dr [...]. Il fait état de 6h35 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h35 par trimestre d'exams et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 6h55 par semaine, 30h05 par mois et 90h10 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

Le 4 novembre 2013, la défenderesse a invité le CMS de [...] à produire un rapport de soins circonstancié, exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne.

Le 11 novembre 2013, le CMS de [...] a remis à la défenderesse un document « synthèse assurance » daté du 7 novembre 2013, un plan d'intervention daté du 7 octobre 2013 et un plan d'intervention daté du 7 novembre 2013.

b) Le 21 janvier 2014, E. _____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis, pour la période du 27 décembre 2013 au 27 mars 2014. Le formulaire a été signé le 10 janvier 2014 par le Dr [...] et fait état de 4h30 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS. Les autres types de prestations (art. 7 al. 2 let. b et c OPAS) restaient sans changement. Il n'est pas établi qu'une liste des

prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

c) Le 12 février 2014, la défenderesse a informé le CMS de [...] qu'elle ne prendrait en charge qu'une heure d'évaluation et conseils par trimestre, une heure de soins médicaux par mois et 17h30 de soins de base par mois. Cette lettre ne contient aucune motivation.

Le 18 février 2014, le CMS de [...] a contesté cette prise de position, en se référant à « l'évaluations RAI-HC » du 8 octobre et aux deux plans d'intervention des 7 octobre et 7 novembre 2013, et en exposant plusieurs motifs pour lesquels il estimait que des prestations plus étendues étaient nécessaires.

Le 10 avril 2014, la défenderesse s'est déterminée en exposant que les formulaires RAI-HC étaient un instrument d'évaluation développé pour les soins dans les homes et qui s'appliquait depuis peu pour les centres médicaux sociaux. Ces centres devaient toutefois « calculer le temps qui a été effectué et non pas d'après un planning ni par un instrument d'évaluation ». La défenderesse invitait donc le CMS de [...] à produire les documents « prouvant les prestations fournies par le temps effectué au quotidien », par exemple « la documentation journalière avec le tracé du récit de soins en cours depuis le mois d'octobre 2013 ». En dépit du français très approximatif et des formulations peu précises utilisées, on peut comprendre de cette détermination que la défenderesse invitait ainsi le prestataire de soins à produire la documentation des soins, de manière à établir les prestations effectivement réalisées plutôt qu'à se référer à une évaluation prospective des soins requis. La défenderesse a par ailleurs très brièvement pris position sur certains des arguments présentés par le CMS de [...].

d) Entre-temps, le 29 mars 2014, E. _____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 28 mars au 26 juin 2014. Signé le 17 avril 2014 par le Dr [...], il fait état de 4h30 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a

OPAS, 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h30 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 5h05 par semaine, 22h05 par mois et 66h10 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 30 avril 2014, E. _____ a garanti la prise en charge d'une heure d'évaluations et conseils par trimestre, une heure de soins médicaux par mois et 17h30 de soins de base par mois. Elle n'a pas autrement motivé sa prise de position.

e) Le 4 août 2014, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 27 juin au 25 septembre 2014. Il a été signé le 23 juillet 2014 par le Dr [...] et ne fait état d'aucun changement par rapport à la précédente évaluation. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 29 août 2014, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prise en charge.

f) Le 21 novembre 2014, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 26 septembre au 25 décembre 2014. Il a été signé le 30 octobre 2014 par le Dr [...] et ne fait état d'aucun changement par rapport à la précédente évaluation. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 13 novembre 2014, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prise en charge.

g) Le 12 janvier 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 26 décembre 2014 au 26 mars 2015. Il a été signé le 13 janvier 2015 par le Dr [...] et ne fait état d'aucun changement par rapport à la précédente

évaluation. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 22 janvier 2015, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prise en charge.

h) Le 24 avril 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____ pour la période du 27 mars au 25 juin 2015. Il a été signé le 20 avril 2015 par le Dr [...] et ne fait état d'aucun changement par rapport à la précédente évaluation. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 28 avril 2015, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prise en charge.

i) Le 13 août 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 26 juin au 24 septembre 2015. Il a été signé le 2 juillet 2015 par la référente à domicile [...] et le 3 août 2015 par le Dr [...]. Il ne fait état d'aucun changement par rapport à la précédente évaluation. Une « liste des prestations prévues », imprimée le 21 juillet 2015, était jointe à ce document.

Le 14 août 2015, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prise en charge.

j) Le 22 octobre 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 25 septembre au 24 décembre 2015. Il a été signé le 30 septembre 2015 par la référente à domicile [...] et le 15 octobre 2015 par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (4h30 par trimestre auparavant), de 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h30 par trimestre d'examen et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (sans changement) et de 5h20 par semaine, 23h10

par mois et 69h25 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (66h10 par trimestre auparavant). Une « liste des prestations prévues », imprimée le 12 octobre 2015, était jointe à ce document.

Le 23 octobre 2015, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prise en charge.

k) Le 2 novembre 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 6 octobre 2015 au 6 janvier 2016. Il a été signé le 13 octobre 2015 par la référente à domicile [...] et le 28 octobre 2015 par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (sans changement), de 35 minutes par semaine, 2h20 par mois et 7h00 par trimestre d'exams et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (6h30 par trimestre auparavant), et de 5h30 par semaine, 23h40 par mois et 70h55 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (69h25 auparavant). Une liste des prestations, imprimée le 19 octobre 2015, mais identique à la précédente, était jointe à ce document.

Le 3 novembre 2015, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie de prestations.

l) Le 2 février 2016, un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis a été transmis à E. _____, pour la période du 7 janvier au 6 avril 2016. Il a été signé le 5 janvier 2016 par la référente à domicile [...] et le 26 janvier 2016 par le Dr [...]. Il fait état de 4h30 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (6h30 par trimestre auparavant), de 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h30 par trimestre d'exams et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (7h00 par trimestre auparavant), et de 5h20 par semaine, 23h10 par mois et 69h25 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (70h55 par trimestre auparavant). Une liste des prestations, imprimée le 25 janvier 2016, mais identique à la précédente, était jointe à ce document.

Le 2 février 2016, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente garantie des prestations.

Le 29 février 2016, le CMS de [...] a contesté cette dernière garantie auprès d'E. _____, en déclarant s'y opposer. Elle a produit le document « synthèse assurance » et le document « plan d'intervention Assurance », imprimés le 29 février 2016.

Le 8 mars 2016, E. _____ a accusé réception de ce courrier en précisant avoir « initié les investigations nécessaires auprès du service compétent ».

m) ASPMAD a facturé un montant de 1'679 fr. 65 pour les prestations effectuées en janvier 2014 en faveur d'l. _____ (facture du 12 février 2014; pièce 164). Elle a facturé 1'465 fr. 05 pour les prestations effectuées en février 2014 (facture du 11 mars 2014), 1'352 fr. 55 pour les prestations du mois de mars 2014 (factures des 9 avril et 12 mai 2014), 1'297 fr. 75 pour les prestations du mois d'avril 2014 (facture du 12 mai 2014), 1'312 fr. 15 pour les prestations du mois de mai 2014 (facture du 11 juin 2014), 1'273 fr. 95 pour les prestations du mois de juin 2014 (facture du 8 juillet 2014), 1'470 fr. 55 pour les prestations du mois de juillet 2014 (facture du 11 août 2014), 1'337 fr. 95 pour les prestations du mois d'août 2014 (facture du 9 septembre 2014), 1'580 fr. 80 pour les factures du mois de septembre 2014 (facture du 13 octobre 2014), 1'295 fr. 20 pour les prestations du mois d'octobre 20214 (facture du 12 novembre 2014), 1'090 fr. 15 pour les prestations du mois de novembre 2014 (facture du 10 décembre 2014), 1'327 fr. 05 pour les prestations du mois de décembre 2014 (facture du 12 janvier 2015), 1'342 fr. 25 pour les prestations du mois de janvier 2015 (facture du 11 février 2015) et 1'237 fr. 85 pour les prestations du mois de février 2015 (facture du 9 mars 2015).

Bien qu'ASPMAD n'ait ni allégué ni produit les factures relatives à la période postérieure au mois de février 2015, on peut les établir au moyen des pièces produites par la défenderesse (858bis/16). Il

en ressort qu'ASPMAD a facturé 1'371 fr. 90 pour les prestations du mois de mars 2015 (facture du 10 avril 2015), 1'225 fr. 55 pour les prestations du mois d'avril 2015 (facture du 12 mai 2015), 1'347 fr. 40 pour les prestations du mois de mai 2015 (facture du 9 juin 2015), 1'356 fr. 70 pour le mois de juin 2015 (facture du 8 juillet 2015), 1'388 fr. 85 pour le mois de juillet 2015 (facture du 11 août 2015), 1'371 fr. 35 pour le mois d'août 2015 (facture du 10 septembre 2015), 1'341 fr. 60 pour le mois de septembre 2015 (facture du 8 octobre 2015), 1'486 fr. 25 pour le mois d'octobre 2015 (facture du 9 novembre 2015), 1'323 fr. 85 pour le mois de novembre 2015 (facture du 9 décembre 2015) et 1'462 fr. 10 pour le mois de décembre 2015 (facture du 11 janvier 2016).

n) Au total, les prestations facturées par ASPMAD pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015 sont de 32'738 fr. 45. ASPMAD soutient qu'à la fin de l'année 2015, un solde de 8'242 fr. 90 restait impayé sur les prestations facturées. La défenderesse a régulièrement payé les montants correspondant aux prestations qu'elle avait accepté de garantir. Elle a établi, par pièces, avoir versé, jusqu'en juin 2016, un montant total de 25'171 fr. 75 (pièces O et Q du bordereau produit le 27 juin 2019). On admettra donc un solde impayé à ce jour de 7'566 fr. 70 (32'738 fr. 45 - 25'171 fr. 75).

12. a) Il résulte du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, que la défenderesse a demandé, dès le mois d'avril 2014, la documentation relative aux soins effectivement fournis, et non uniquement des évaluations prospectives des soins requis. ASPMAD n'a pas produit cette documentation. Elle s'est limitée à transmettre à l'assureur, pendant les années 2014 et 2015, des formulaires d'évaluation des soins requis, parfois accompagnés de plans d'intervention ou de listes des prestations prévues. En parcourant le dossier de l'assureur-maladie, on constate que l'infirmière-conseil de l'assurance-maladie avait mis en évidence que les temps nécessaires pour des prestations d'évaluation et de conseil étaient largement surestimés. Elle l'a fait, comme déjà relevé précédemment, dans des prises de position manquant singulièrement de structure et formulées de manière particulièrement difficile à comprendre.

Qui plus est, ces prises de position n'ont souvent pas été communiquées au fournisseur de prestations. En l'état, force est toutefois de constater qu'E._____ a exigé, dès le 10 avril 2014, que la documentation relative aux soins effectivement fournis lui soit communiquée, ce qui n'a pas été fait, serait-ce d'une manière permettant un contrôle par sondages. Au vu des évaluations manifestement excessives de certaines prestations prévues et du peu de documentation par ailleurs produite par le fournisseur de prestations, elle était en droit de le faire. L'expert mandaté par la suite a confirmé cette surévaluation des prestations et le manque de documentation (réponses aux questions I1 à I4 concernant l'assurée I._____, notamment ; voir également les réponses au questionnaire complémentaire concernant I._____). La manière de procéder de chacune des parties est symptomatique de graves lacunes de communication, à laquelle l'une et l'autre sont invitées à remédier à l'avenir.

b) aa) En ce qui concerne les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), l'expert considère que les prestations facturées n'ont pas été correctement documentées et que les besoins ont été surévalués. Il propose d'admettre une évaluation périodique de 60 minutes tous les six mois et un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes tous les six mois, éventuellement un bilan de l'évolution de l'état de santé une fois par mois. On se référera à ces valeurs, à défaut de documentation permettant d'évaluer plus précisément les prestations nécessaires, en admettant une évaluation périodique de 60 minutes tous les six mois et un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes par mois.

Pour le mois de janvier 2014, aucune prestation d'évaluation et de conseils n'a été facturée. En février 2014, 20 minutes ont été facturées pour un montant de 26 fr. 60 (documents sous pièce 858/bis). On admettra 15 minutes pour un montant de 19 fr. 95 (15 / 60 x 79 fr. 80). En mars 2014, 10 minutes ont été facturées pour un montant de 13 fr. 30, que l'on admettra. En avril 2014, 40 minutes ont été facturées, pour un montant de 53 fr. 20. On admettra 15 minutes pour un montant de 19 fr.

95. En mai et juin 2014, 35 minutes ont été facturées pour un montant de 46 fr. 55. On admettra pour chacune de ces périodes de prestations 15 minutes pour un montant de 19 fr. 95. En juillet 2014, 1h10 a été facturée pour un montant de 93 fr. 10. On admettra ce montant, qui correspond à une évaluation périodique bisannuelle. En août 2014, 25 minutes ont été facturées pour un montant de 33 fr. 25. On admettra 15 minutes pour un montant de 19 fr. 95. En septembre 2014, 2h50 ont été facturées pour un montant de 226 fr. 10. On admettra 15 minutes pour un montant de 19 fr. 95, étant précisé que la justification d'une nouvelle évaluation plus complète, après celle effectuée en juillet, n'est pas rapportée. En octobre 2014, 25 minutes ont été facturées pour un montant de 33 fr. 25. On admettra 15 minutes pour un montant de 19 fr. 95. En novembre 2014, 20 minutes ont été facturées pour un montant de 26 fr. 60. On admettra 15 minutes pour un montant de 19 fr. 95. En décembre 2014, 10 minutes ont été facturées pour un montant de 13 fr. 30, que l'on admettra. Pour l'année 2015, on admettra également 15 minutes par mois d'évaluations et conseils, pour un montant de 19 fr. 95, hormis en avril et en novembre 2015 (aucune prestation facturée), en septembre 2015 (10 minutes facturées, que l'on admettra pour un montant de 13 fr. 30) et en octobre 2015, où l'on peut admettre qu'une évaluation période de 60 minutes et un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes ont été effectués, soit 75 minutes pour un montant de 99 fr. 75.

Au total, les prestations facturées pour la période de janvier 2014 à décembre 2015, relevant de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, sont de 1'123 fr. 85. Les montants admis sont de 551 fr. 95, soit une différence de 571 fr. 90.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS), l'expert considère que les prestations facturées n'ont pas été suffisamment documentées et propose d'admettre, par semaine, 5 minutes pour le contrôle de santé, 10 minutes pour la prise du pouls et de la tension artérielle, 10 minutes pour la préparation du semainier, soit 25 minutes au total. On y ajoutera 15 minutes par mois pour la consultation

du médecin « si besoin », en tenant compte d'un arrondi aux cinq minutes supérieures, l'expert proposant 11 minutes.

Pour le mois de janvier 2014, ASPMAD a facturé 1h45 d'examens et traitements, pour un montant de 114 fr. 45. On admettra 90 minutes (3x25 minutes + 15 minutes), pour un montant de 98 fr. 10 (90 / 60x 65 fr. 40) étant précisé qu'aucun examen ou traitement n'a été réalisé la première semaine.

Pour le mois de février 2014, ASPMAD a facturé 2h10 pour un montant de 141 fr. 70. On admettra 115 minutes (4x25 + 15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de mars 2014, ASPMAD a facturé 2h15 d'examens et traitements pour un montant de 147 fr. 15. On admettra 115 minutes (4x25 + 15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois d'avril 2014, ASPMAD a facturé 2h45 pour un montant de 179 fr. 85. On admettra 140 minutes (5x25 + 15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de mai 2014, ASPMAD a facturé 1h45 pour un montant de 114 fr. 45. On admettra ce montant.

Pour le mois de juin 2014, ASPMAD a facturé 1h35 pour un montant de 103 fr. 55. On admettra ce montant.

Pour le mois de juillet 2014, ASPMAD a facturé 2h25 pour un montant de 158 fr. 05. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois d'août 2014, ASPMAD a facturé 2h00 pour un montant de 130 fr. 80. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de septembre 2014, ASPMAD a facturé 2h25 pour 158 fr. 05. On admettra 140 minutes ($5 \times 25 + 15$) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois d'octobre 2014, ASPMAD a facturé 1h50 pour 119 fr. 90. On admettra ce montant.

Pour le mois de novembre 2014, ASPMAD a facturé 2h00 pour 130 fr. 80. On admettra 115 minutes ($4 \times 25 + 15$) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de décembre 2014, ASPMAD a facturé 2h25 pour un montant de 158 fr. 05. On admettra 140 minutes pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de janvier 2015, ASPMAD a facturé 1h45 pour un montant de 114 fr. 45. On admettra ce montant.

Pour le mois de février 2015, ASPMAD a facturé 2h00 pour un montant de 130 fr. 80. On admettra 115 minutes ($4 \times 25 + 15$) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de mars 2015, ASPMAD a facturé 2h35 pour un montant de 168 fr. 95. On admettra 140 minutes ($5 \times 25 + 15$) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois d'avril 2015, ASPMAD a facturé 1h50 d'examens et traitements pour un montant de 119 fr. 90. On admettra ce montant.

Pour le mois de mai 2015, ASPMAD a facturé 120 minutes pour 130 fr. 80. On admettra ce montant.

Pour le mois de juin 2015, ASPMAD a facturé 2h40 pour un montant de 174 fr. 40. On admettra 140 minutes ($5 \times 25 + 15$) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de juillet 2015, ASPMAD a facturé 2h30 pour 163 fr. 50. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois d'août 2015, ASPMAD a facturé 1h55 pour 125 fr. 35. On admettra ce montant.

Pour le mois de septembre 2015, ASPMAD a facturé 2h30 pour un montant de 163 fr. 50. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois d'octobre 2015, ASPMAD a facturé 1h40 pour un montant de 109 francs. On admettra 85 minutes (3x25 + 10 minutes) pour un montant de 92 fr. 65.

Pour le mois de novembre 2015, ASPMAD a facturé 1h40 pour un montant de 109 fr. On admettra ce montant.

Pour le mois de décembre 2015, ASPMAD a facturé 2h15 d'examens et traitements pour un montant de 147 fr. 15. On admettra ce montant.

Au total, les prestations facturées pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015, relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, sont de 3'313 fr. 60. Les montants admis sont de 3'095 fr. 60, soit une différence de 218 francs.

cc) En ce qui concerne les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS), l'expert considère que les prestations facturées n'ont pas été correctement documentées et que le temps prévu pour certaines prestations est légèrement surévalué. Il propose d'admettre trois douches par semaines (3x40 minutes), l'aide à l'habillage quatre fois par semaine (4x15 minutes) et la pose de bas de contention 7 fois par semaine (7x10 minutes). Sur cette base, on prendra en considération 250 minutes de

soins de base par semaine, soit en moyenne 35.71 minutes par jour, en se fondant sur le degré de la vraisemblance prépondérante. On n'admettra pas davantage que cette valeur moyenne, à défaut de documentation suffisante pouvant justifier des soins plus importants. Lorsque sur une mensualité, les temps facturés sont moindres, on les prendra tels quels en considération. ASPMAD est par ailleurs rendue attentive au fait qu'il lui appartient de documenter beaucoup plus soigneusement les soins réellement effectués. A défaut de correction sur ce point à l'avenir, les exigences probatoires pour constater les soins effectués et pouvant être facturés pourraient être plus sévères.

Pour les mois de janvier, mars, mai, juillet, août et octobre 2014, ainsi que pour les mois de janvier, mars, mai, juillet, août et décembre 2015, ASPMAD a facturé 31 jours de soins de base, ce qui représente 1'107.01 minutes facturables (31x35.71), pour un montant de 1'007 fr. 40 (54 fr. 60x1'107.01 / 60). Les factures d'ASPMAD pour ces périodes seront réduites à ce montant.

Pour les mois de février et avril 2014, ainsi que février et juin 2015, ASPMAD a facturé 28 jours de soins de base, ce qui représente 999.88 minutes facturables, pour un montant de 909 fr. 80. Les factures d'ASPMAD pour ces périodes seront réduites à ce montant.

Pour les mois de juin, septembre et décembre 2014, ainsi que pour les mois d'avril, septembre et octobre 2015, ASPMAD a facturé 30 jours de soins de base, ce qui représente 1'071.30 minutes facturables, pour un montant de 974 fr. 90. Les factures d'ASPMAD pour ces périodes seront réduites à ce montant.

Pour le mois de novembre 2014, ASPMAD a facturé 26 jours de soins de base, ce qui représente 928.46 minutes facturables, pour un montant de 844 fr. 90. La facture d'ASPMAD sera réduite à ce montant.

Pour le mois de novembre 2015, ASPMAD a facturé 29 jours de soins de base, ce qui représente 1'035.59 minutes facturables, pour un

montant de 942 fr. 40. La facture d'ASPMAD pour cette période sera réduite à ce montant.

Au total, les montants facturés par ASPMAD pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015, pour des prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, sont de 28'301 francs. Les factures admises ci-avant correspondent à un montant total de 23'365 fr., soit une différence de 4'936 francs.

c) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) dispensées pendant la période litigieuse à Mme I._____, le montant total de 27'012 fr. 55 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés (32'738 fr. 45) par ASPMAD est de 5'725 fr. 90. Au vu de solde des factures resté impayées (7'566 fr. 70; consid. 11n) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 1'840 fr. 80 (7'566 fr. 70 - 5'725 fr. 90).

13. a) O._____, née en [...], a reçu des prestations du Centre médico-social de [...] (ci-après : CMS de [...]), géré par ASPMAD, entre le 1^{er} mai 2014 et 31 décembre 2015 notamment. Elle était assurée auprès de la défenderesse. Dans ce contexte, le CMS de [...] a adressé à la défenderesse, le 14 juillet 2014 (date de réception), un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 13 mai au 11 août 2014. Le formulaire a été signé le 24 juin 2014 par le référent à domicile [...] et, à une date, indéterminée, par le Dr [...]. Il fait état 2h30 par mois et 7h30 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 2h30 minutes par mois et 7h30 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 21h20 par mois et 64h00 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

Le 15 juillet 2014, la défenderesse a invité le CMS de [...] à produire un rapport de soins circonstancié, exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne.

b) Le 26 août 2014, E. _____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis, pour la période du 24 juin au 24 septembre 2014. Le formulaire a été signé le 22 juillet 2014 par [...] et le 13 août 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 4h20 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 2h30 par mois et 7h30 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 33 heures par mois et 99 heures par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

Le 1^{er} septembre 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et a invité le CMS de [...] à produire un rapport de soins circonstancié, exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne. Elle a rappelé sa demande du 15 juillet 2014 concernant la période précédente.

Le CMS de [...] a produit, à une date que l'on ignore, un plan d'intervention (« PI Assurance »), comprenant un plan des soins, et un document « Synthèse Assurance », tous deux datés du 22 juillet 2014.

Le 9 septembre 2014, E. _____ a encore demandé le plan des soins depuis le mois de février 2013, le « suivi dossier client depuis janvier 2014 », « la documentation complète depuis le 6 septembre 2012 concernant les réévaluations que le CMS ferait chaque mois et qui selon le plan durent 86 minutes par mois, ainsi que, inclus dans ce temps la documentation décrivant toutes les consultations de médecin au sujet de la cliente ». Elle demandait également des précisions relatives à la personne préparant les repas du matin et du soir, s'occupant de la vaisselle quotidienne, de faire les lits ainsi que de la lessive et des achats. Elle souhaitait, enfin, connaître comment se passaient les nuits de l'assurée et qui lui changeait les protections lors d'une diarrhée hors des heures de visites du CMS.

Le 30 septembre 2014, ASPMAD, se référant à deux contacts téléphoniques survenus entre-temps, a exprimé son malaise et son

incompréhension face au degré de précision souhaité dans les demandes de renseignements complémentaires, ainsi qu'en rapport avec la période visée (2012-2014). Elle avait produit la liste des prestations donnant les détails de prise en charge pour la période couverte par la dernière fiche OPAS et les renseignements demandés par lettre du 9 septembre 2014 allaient bien au-delà de ce qui concernait la facturation à l'assurance. Le consentement de l'assurée à la transmission d'informations nécessaires pour la prise en charge ne permettait pas « la transmission d'éléments hors du contexte OPAS 7 ». ASPMAD invitait l'infirmière-conseil à prendre contact pour évoquer les raisons motivant cette demande de renseignement.

En procédure devant le Tribunal arbitral des assurances, ASPMAD a produit une lettre du 6 octobre 2014 se référant à un échange téléphonique du même jour et indiquant produire le plan de soins depuis mai 2013, les observations infirmières depuis janvier 2014. Elle précisait que le temps de réévaluation était « inscrit manuellement à 86 minutes pour chaque situation de soins » et qu'il était « référencé par le catalogue de prestations et permettait à l'infirmière de faire, soit de manière hebdomadaire, soit mensuellement, le point de sa situation, la vérification des objectifs de soins, la coordination avec le réseau et le médecin, etc. ». Elle répondait par ailleurs aux questions posées par E. _____ relatives aux autres intervenants pour les prestations non à la charge de l'assurance obligatoire des soins (lessive, ménage, etc.), ainsi qu'aux solutions trouvées pour le changement des protections lors de diarrhées (pièce 352 produite par les demanderesses). ASPMAD a également produit une lettre du 27 novembre 2014 à E. _____, indiquant produire « ci-joint le rapport demandé » et précisant que l'assurée avait eu des problèmes de transit durant le mois d'octobre, qui avaient nécessité la planification de visites infirmières supplémentaires, l'adaptation du traitement et des retours réguliers au médecin » (pièce 353 produite par les demanderesses).

Les documents censés être joints à la lettre du 6 octobre 2014 ne figurent pas au dossier. On ne trouve par ailleurs aucun accusé de

réception de cette lettre par E._____. On trouve en revanche plusieurs prises de position de l'infirmière- conseil des mois de novembre et décembre 2014 se référant à la lettre du 27 novembre 2014. Par ailleurs, le 9 décembre 2014, E._____ a accusé réception du courrier du 27 novembre 2014 et exposé qu'il ne répondait pas à la demande du 9 septembre 2014. Dans ces conditions, on ne peut pas constater que la lettre du 6 octobre 2014 et ses annexes ont bien été envoyées et sont bien parvenues à l'assureur-maladie. Dans sa lettre du 9 décembre 2014, ce dernier a accepté de prendre en charge 20 minutes par mois d'évaluation et de conseils au sens de l'art. 7 al. 1 let. a OPAS, une heure par mois de soins médicaux et 20 heures par mois de soins de base. Il précisait qu'aucune documentation justifiant la mise en place des prestations d'évaluation et conseils n'avait été produite et invitait à nouveau ASPMAD à produire les documents demandés le 9 septembre 2014.

c) Entre-temps, le CMS de [...] a adressé à E._____ un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 25 septembre au 24 décembre 2014, signé le 30 septembre 2014 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il fait état de 4h20 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPA, 20 minutes par semaine, 1h20 par mois et 4 heures par trimestre d'examen et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 7h35 par semaine, 33 heures par mois et 99 heures par semaine de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'un plan de soins aurait été annexé à ce document.

Le 27 janvier 2015, E._____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 25 décembre 2014 au 25 mars 2015, signé le 23 décembre 2014 par [...] et le 13 janvier 2015 par le Dr [...]. Les prestations demandées sont inchangées par rapport au précédent formulaire d'évaluation. On trouve au dossier un plan d'intervention daté du 23 décembre 2014 (pièce 355 produite par les demanderesses), mais on ignore s'il a été communiqué à l'époque à l'assureur-maladie.

Le 28 janvier 2015, E. _____ a maintenu sans changement les horaires admis précédemment par lettre du 9 décembre 2014, en réitérant sa demande de production des documents du 9 septembre 2014.

d) Le 21 avril 2015, E. _____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 26 mars au 24 juin 2015, signé le 20 mars 2015 par [...] et dans le courant du mois d'avril 2015 par le Dr [...] (date précise illisible). Le formulaire fait état de besoins de soins inchangés pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. b et c OPAS. Il fait état de 4h10 de prestations d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 1 let. a OPAS par trimestre.

E. _____ a maintenu sans changement les horaires admis précédemment (pièce 732bis/29, portant une date erronée). Elle a réitéré sa demande de production des documents du 9 septembre 2014.

e) Le 18 mai 2015, réagissant apparemment au dernier courrier d'E. _____, le CMS de [...] lui a adressé un « rapport explicatif détaillé des prestations effectuées » chez l'assurée entre mai 2014 et avril 2015. Le document de 14 pages, intitulé « extrait du dossier de Mme O. _____ pour la période de mai 2014 à avril 2015 » comprend essentiellement les observations réalisées lors des passages chez l'assurée, parfois complétées de quelques explications. Dans la lettre du 18 mai 2015, le CMS de [...] expose par ailleurs que dès le 25 juin 2014, un passage supplémentaire estimé à 20 minutes par jour a été mis en place en début d'après-midi en raison de troubles du transit affectant l'assurée. L'objectif était d'éviter les problèmes cutanés (vérifier et changer les protections). Cela correspondait à 5 à 10 heures par mois qui étaient effectuées en fonction des troubles de l'élimination de l'assurée.

Le 10 juin 2015, E. _____ a accusé réception et informé le prestataire de soins qu'une décision serait communiquée ultérieurement.

f) Le 29 juillet 2015, le CMS de [...] a communiqué à E. _____ le formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 1^{er} mai au 30 juillet 2015, signé le 2 juillet 2015 par [...] et le 28 juillet 2015 par le Dr [...]. Il faisait état de 4h20 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS. Les autres postes (art. 7 al. 2 let. b et c OPAS) étaient inchangés par rapport à l'évaluation précédente. Le document était accompagné d'une liste des prestations prévues, datée du 2 juillet 2015.

Le 27 août 2015, le CMS de [...] a communiqué à E. _____ le formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 31 juillet au 29 octobre 2015, signé le 17 août 2015 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il faisait état de 5 heures par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS. Les autres postes (art. 7 al. 2 let. b et c OPAS) étaient inchangés par rapport à l'évaluation précédente. Le document était accompagné d'une liste des prestations prévues, datée du 17 août 2015.

Les 24 août et 2 septembre 2015, le CMS de [...] a communiqué à E. _____ des formulaires d'augmentation momentanée des prestations, pour les 2 juillet et 27 août 2015. Le 2 octobre 2015, il a adressé à l'assureur-maladie une nouvelle évaluation des soins requis pour la période du 28 août au 29 octobre 2015, signée le 28 août 2015 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il y est fait état de 4h20 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h30 par trimestre d'examen et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 10h55 par semaine, 47h20 par mois et 142 heures par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Une liste des prestations prévues datée du 18 septembre 2015 était jointe à cet envoi.

Le 16 octobre 2015, le CMS de [...] a communiqué à E. _____ un formulaire d'augmentation momentanée des prestations, pour le 8 octobre 2015.

A ces différents envois, E. _____ a régulièrement répondu que le dossier était à l'étude auprès de son service médical et qu'elle attendait sa détermination. Finalement, le 20 octobre 2015, E. _____ a informé le CMS de [...] qu'elle admettrait une heure par mois d'évaluations et conseils et une heure par mois d'examens et traitements pour la période du 1^{er} mai 2014 au 30 avril 2015. Elle admettrait ensuite 2 heures par trimestre d'évaluations et conseils et une heure par mois d'examens et traitements pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2015. En ce qui concernait les soins de base, elle admettait 20 heures par mois du 1^{er} avril au 30 juin 2014, puis 25 heures par mois du 1^{er} juillet 2014 au 31 juillet 2015. Dès le mois d'août 2015, les prestations pour soins de base seraient réévaluées après réception des réponses à différentes questions du service médical. Ces questions correspondaient à celles déjà posées par lettre du 9 septembre 2014. Pour chacune des périodes considérées, l'horaire admis était suivi d'une motivation de deux à trois lignes. En fin de lettre, E. _____ invitait le fournisseur de prestations à lui « faire parvenir le déroulement » et à « joindre le journal des prestations documentant les soins effectués quotidiennement ». Elle précisait que l'infirmière-conseil était disposée à faire une visite sur place si toutes les réponses aux questions lui parvenaient.

Cette lettre n'étant apparemment pas parvenue au CMS de [...], E. _____ l'a réexpédiée le 2 février 2016, en demandant « la documentation journalière complète depuis janvier 2014 à ce jour et pas seulement les observations des visites hebdomadaires de l'infirmière conseil demandé dans notre lettre ».

Le 7 mars 2016, le CMS de [...] a accusé réception de cet envoi, en observant qu'E. _____ avait suspendu les paiements depuis le mois de juillet 2015. Il estimait que la demande de renseignement concernant le système d'aide et de soutien qui n'était pas facturée, ni à la charge de la LAMal était inadéquate et disproportionnée, et invitait E. _____ à effectuer le contrôle des prestations de soins directement auprès de l'assurée, à son domicile, par l'intermédiaire de son infirmière-conseil, conformément à l'art. 18 de la convention spitex.

g) Entre-temps, le 21 décembre 2015, E. _____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 30 octobre 2015 au 28 janvier 2016, signé le 7 décembre 2015 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il fait état de 5 heures par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 30 minutes par semaine, 2h15 par mois et 6h40 par trimestre d'exams et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 7h40 par semaine, 33h20 par mois et 100 heures par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Une liste des prestations prévues, datée du 7 décembre 2015, y était jointe.

Le 5 janvier 2016, le CMS de [...] a communiqué à E. _____ un formulaire d'augmentation momentanée des prestations, faisant état de 15 minutes d'exams et traitements supplémentaires par jour pour une durée de 15 jours, dès le 22 décembre 2015, en vue d'effectuer des « pansements tous les jours (nez) ».

h) Dès le mois de mai 2014, ASPMAD a régulièrement envoyé ses factures à E. _____ pour les prestations à Mme O. _____. Elle a facturé 1'535 fr. 10 le 11 juin 2014 pour le mois de mai 2014 (pièce 337 de la partie demanderesse), 1'133 fr. 95 le 8 juillet 2014 pour le mois de juin 2014, 2'046 fr. 50 le 11 août 2014 pour le mois de juillet 2014, 1'820 fr. 20 le 9 septembre 2014 pour le mois d'août 2014, 1'807 fr. 20 le 13 octobre 2014 pour le mois de septembre 2014, 1'658 fr. 05 le 12 novembre 2014 pour le mois d'octobre 2014, 1'742 fr. 40 le 10 décembre 2014 pour le mois de novembre 2014, 1'671 fr. 25 le 12 janvier 2015 pour le mois de décembre 2014, 1'588 fr. 75 le 11 février 2015 pour le mois de janvier 2015, 1'485 fr. 55 le 9 mars 2015 pour le mois de février 2015, 1'839 fr. 85 le 10 avril 2015 pour les mois de février et mars 2015 (pièce 346bis/1 produite par les demanderesse), 1'680 fr. 50 le 12 mai 2015 pour le mois d'avril 2015, 1'797 fr. 95 le 9 juin 2015 pour le mois de mai 2015, 1'614 fr. 40 le 8 juillet 2015 pour le mois de juin 2015, 1'939 fr. 35 le 11 août 2015 pour le mois de juillet 2015, 1'423 fr. 65 le 10 septembre 2015 pour le mois d'août 2015, 2'040 fr. 50 le 8 octobre 2015 pour le mois de septembre 2015, 1'952 fr. 30 le 9 novembre 2015 pour le mois

d'octobre 2015, 2'082 fr. 60 le 9 décembre 2015 pour le mois de novembre 2015 et 2'607 fr. 10 le 11 janvier 2016 pour le mois de décembre 2015.

i) Au total, les prestations facturées par ASPMAD pour la période de prestations du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2015 correspondent à 35'467 fr. 05. Pour sa part, E. _____ établit avoir payé un montant de 16'899 fr. 45 jusqu'au 29 juillet 2015. Le solde est de 18'567 fr. 60. ASPMAD conclut au paiement de 30'691 fr. 60.

14. a) Il résulte du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, que plusieurs formulaires d'évaluation des soins requis ont été produits tardivement ou au tout dernier moment (voir par exemple le formulaire envoyé le 14 juillet 2014 pour la période du 13 mai au 11 août 2014, formulaire dont on ignore au demeurant à quelle date il a été signé par le médecin ; voir également le formulaire d'évaluation des soins requis pour la période du 1^{er} mai au 30 juillet 2015, produit le 29 juillet 2015). La défenderesse a demandé, les 15 juillet et 1^{er} septembre 2014, un rapport de soins circonstancié puis, le 9 septembre 2014 et le 20 octobre 2015, une série d'autres documents. La demande excédait ce qui était nécessaire pour évaluer l'adéquation, l'efficacité et l'économicité des prestations pour la période considérée et était parfois présentée en des termes peu compréhensibles. On pouvait néanmoins en conclure qu'E. _____ souhaitait en particulier la documentation résultant des 86 minutes d'évaluation par mois requises selon le prestataire de soins, ainsi que de manière plus générale la documentation relative aux soins effectivement fournis. Dans ces circonstances, on pouvait attendre de ce prestataire, qu'il réagisse en proposant la production d'une documentation plus complète, comprenant un journal des soins complet pour plusieurs périodes à déterminer par E. _____, de manière à permettre une vérification par sondage. A défaut, elle pouvait proposer à E. _____ que l'infirmière-conseil vienne consulter la documentation souhaitée sur place, au CMS de [...]. E. _____ aurait dû admettre ces propositions conformes à l'art. 18 de la convention spitex. Plutôt que de s'accorder sur des moyens de contrôle raisonnables, les parties ont poursuivi dans leur

ligne pendant de nombreux mois, l'une en envoyant régulièrement de nouvelles évaluations des prestations de soins requis et de nouvelles factures, sans produire une documentation suffisante pour établir, serait-ce par sondage, la réalité des soins dispensés, l'autre en persistant à refuser une partie des prestations requises et à exiger une documentation excessive. Deux lettres relativement importantes paraissent ne pas être parvenues à leur destinataire ou avoir été égarées par la suite. On ne peut pas déterminer qui en est fautif, mais le fait que les parties ne s'en soient pas aperçues, ou très tardivement, est symptomatique de lacunes de collaboration et de communication dont elles portent toutes deux la responsabilité. Il en va de même concernant la nécessité, finalement, d'une procédure devant le Tribunal arbitral des assurances et d'une expertise pour établir le bien fondé des prestations facturées.

b) aa) En ce qui concerne les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), l'expert considère que les prestations facturées ne sont pas suffisamment documentées au dossier et que les besoins ont été surévalués. Il propose d'admettre une fois tous les trois mois, une évaluation périodique de 60 minutes, un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes et une consultation du médecin traitant de 11 minutes, soit 86 minutes par trimestre. En arrondissant aux cinq minutes supérieures le temps de consultation du médecin, on admettra 90 minutes par trimestre.

Pour les mois de mai à juillet 2014, ASPMAD a facturé 8h35 d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, pour un montant total de 684 fr. 95. On admettra 90 minutes pour un montant de 119 fr. 70 ($90 / 60 \times 79 \text{ fr. } 80$).

Pour les mois d'août à octobre 2014, ASPMAD a facturé 3h45 d'évaluations et conseils pour un montant total de 299 fr. 25. On admettra 90 minutes pour un montant de 119 fr. 70.

Pour les mois de novembre 2014 à janvier 2015, ASPMAD a facturé 2h40 d'évaluations et conseils pour un montant total de 212 fr. 80. On admettra 90 minutes pour un montant de 119 fr. 70.

Pour les mois de février à avril 2015, ASPMAD a facturé 2h20 d'évaluations et conseils pour un montant de 186 fr. 20. On admettra 90 minutes pour un montant de 119 fr. 70.

Pour les mois de mai à juillet 2015, ASPMAD a facturé 3h25 d'évaluations et conseils pour un montant de 272 fr. 65. On admettra 90 minutes pour un montant de 119 fr. 70.

Pour les mois d'août à octobre 2015, ASPMAD a facturé 5h25 d'évaluations et conseils pour un montant de 532 fr. On admettra 90 minutes pour un montant de 119 fr. 70.

Pour les mois de novembre et décembre 2015, ASPMAD a facturé 2h20 d'évaluations et conseils pour un montant de 186 fr. 20. On admettra 60 minutes pour un montant de 79 fr. 80.

Au total, les prestations facturées pour la période du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2015, relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, sont de 2'374 fr. 05. Les montants admis sont de 798 fr., soit une différence de 1'576 fr. 05.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS), l'expert considère que la documentation au dossier ne renseigne pas sur les prestations effectivement réalisées. Il propose d'admettre 25 minutes par semaine, ce que l'on admettra pour autant que ces prestations ressortent effectivement des factures au dossier.

Pour le mois de mai 2014, ASPMAD a facturé 2h20 d'évaluations et traitements pour un montant de 152 fr. 60. On admettra 110 minutes (3x25+20+15) pour un montant de 119 fr. 90.

Pour le mois de juin 2014, ASPMAD a facturé 1h35 d'examens et traitements pour un montant de 103 fr. 55. On admettra 70 minutes (2x25+20) pour un montant de 76 fr. 30.

Pour le mois de juillet 2014, ASPMAD a facturé 1h55 d'examens et traitements pour un montant de 125 fr. 35. On admettra 110 minutes (2x25+3x20) pour un montant de 119 fr. 90.

Pour le mois d'août 2014, ASPMAD a facturé 1h50 d'examens et traitements pour un montant de 119 fr. 90. On admettra 95 minutes (3x25+20) pour un montant de 103 fr. 55.

Pour le mois de septembre 2014, ASPMAD a facturé 1h05 d'examens et traitements pour un montant de 70 fr. 85. On admettra ce montant.

Pour le mois d'octobre 2014, ASPMAD a facturé 2h05 d'examens et traitements pour un montant de 136 fr. 25. On admettra 110 minutes pour 119 fr. 90.

Pour le mois de novembre 2014, ASPMAD a facturé 1h30 d'examens et traitements pour un montant de 98 fr. 10. On admettra ce montant.

Pour le mois de décembre 2014, ASPMAD a facturé 1h10 d'examens et traitements pour un montant de 76 fr. 30. On admettra ce montant.

Pour le mois de janvier 2015, ASPMAD a facturé 2h40 d'examens et traitements pour un montant de 174 fr. 40. On admettra 110 minutes (3x25+15+20) pour un montant de 119 fr. 90.

Pour le mois de février 2015, ASPMAD a facturé 1h05 d'examens et traitements pour un montant de 70 fr. 85. On admettra ce montant.

Pour le mois de mars 2015, ASPMAD a facturé 2h00 d'examens et traitements pour un montant de 130 fr. 80. On admettra 85 minutes (1x25+3x20) pour un montant de 92 fr. 65.

Pour le mois d'avril 2015, ASPMAD a facturé 1h40 d'examens et traitements pour un montant de 109 francs. On admettra ce montant.

Pour le mois de mai 2015, ASPMAD a facturé 105 minutes d'examens et traitements pour un montant de 114 fr. 45. On admettra 95 minutes (3x25+20) pour un montant de 103 fr. 55.

Pour le mois de juin 2015, ASPMAD a facturé 1h15 d'examens et traitements pour un montant de 81 fr. 75. On admettra ce montant.

Pour le mois de juillet 2015, ASPMAD a facturé 1h45 d'examens et traitements pour un montant de 114 fr. 45. On admettra ce montant.

Pour le mois d'août 2015, ASPMAD a facturé 2h25 d'examens et traitements pour un montant de 158 fr. 05. On admettra 75 minutes (3x25) pour un montant de 81 fr. 75.

Pour les mois de septembre et octobre 2015, ASPMAD a facturé 1h10 d'évaluations et traitements pour un montant de 76 fr. 30. On admettra ces montants.

Pour le mois de novembre 2015, ASPMAD a facturé 3h15 d'examens et traitements pour un montant de 212 fr. 55. On admettra 80 minutes (2x25+2x15) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de décembre 2015, ASPMAD a facturé 5h05 d'examens et traitements pour un montant de 332 fr. 45. On admettra 120 minutes (4x25+20) pour un montant de 130 fr. 80.

Au total, les prestations facturées pour la période du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2015, relevant de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, sont de 2'534 fr. 25. Les prestations admises sont de 1'929 fr. 30, soit une différence de 604 fr. 95.

cc) En ce qui concerne les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS), l'expert considère que la documentation au dossier est partiellement insuffisante et que celui-ci ne renseigne pas sur les prestations effectivement réalisées. Il propose d'admettre une douche par semaine (40 minutes), la toilette au lavabo six fois par semaine (6x26 minutes), la toilette intime chaque soir (7x15 minutes), 10 minutes deux fois par jour pour les bas de contention (14x10). En suivant cette proposition, mais en arrondissant le temps nécessaire pour la toilette au lavabo à 30 minutes, on admettra 465 minutes par semaine de soins de base, soit en moyenne 66.43 minutes par jour.

Pour les mois de mai, juillet, août, octobre et décembre 2014, ainsi que pour les mois de janvier, mars, mai, juillet et décembre 2015, ASPMAD a facturé 31 jours de soins de base, ce qui représente 2'059.33 minutes facturables (31x66.43), pour un montant de 1'874 fr. (54 fr. 60x2'059.33 / 60). Les factures d'ASPMAD pour ces périodes, hormis en décembre 2015, ne sont pas supérieures à ce montant et seront donc admises. La facture pour le mois de décembre 2015 sera réduite à 1'874 francs.

Pour les mois de septembre et novembre 2014, ainsi que les mois d'avril, juin et septembre 2015, ASPMAD a facturé 30 jours de soins de base, ce qui représente 1'992.90 minutes facturables pour un montant de 1'813 fr. 54. Les factures d'ASPMAD pour ces périodes ne sont pas supérieures et seront donc admises, hormis la facture du mois de septembre 2015, qui sera réduite à ce montant.

Pour le mois de juin 2014, ASPMAD a facturé 23 jours de soins de base, ce qui représente 1527.89 minutes facturables pour un montant

de 1'390 fr. 40. La facture d'ASPMAD pour cette période n'est pas supérieure et sera donc admise.

Pour le mois de février 2015, ASPMAD a facturé 29 jours de soins de base, ce qui représente 1'926.47 minutes facturables pour un montant de 1'753 fr. 10. La facture d'ASPMAD pour cette période n'est pas supérieure et sera admise.

Pour le mois d'août 2015, ASPMAD a facturé 22 jours de soins de base, ce qui représente 1'461.46 minutes facturables pour un montant de 1'330 francs. La facture d'ASPMAD pour cette période n'est pas supérieure et sera admise.

Pour le mois d'octobre 2015, ASPMAD a facturé 26 jours de soins de base, ce qui représente 1'727.18 minutes facturables pour un montant de 1'571 fr. 75. La facture d'ASPMAD sera réduite à ce montant.

Pour le mois de novembre 2015, ASPMAD a facturé 25 jours de soins de base, ce qui représente 1'660.75 minutes facturables pour un montant de 1'511 fr. 30. La facture d'ASPMAD sera réduite à ce montant.

Au total, les montants facturés par ASPMAD pour la période du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2015, pour des prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, sont de 30'685 fr. 20. Les factures admises ci-avant correspondent à un montant total de 29'829 fr. 95, soit une différence de 855 fr. 25.

c) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) dispensées pendant la période litigieuse à Mme O._____, le montant total de 32'557 fr. 25 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés (35'593 fr. 50) par ASPMAD est de 3'036 fr. 25. Au vu du solde des factures resté impayées (18'567 fr. 60; consid. 13 i) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 15'531 fr. 35 (18'567 fr. 60 - 3'036 fr. 25).

15. a)U. _____, né en [...], a reçu des prestations du Centre médico-social de [...] (ci-après : CMS de [...]), géré par ASPMAD, entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 décembre 2015 notamment. Il était assuré auprès de la défenderesse. Dans ce contexte, le CMS de [...] a adressé à la défenderesse, le 20 mai 2014 (date de réception), un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 1^{er} avril au 1^{er} août 2014. Le formulaire a été signé le 15 avril 2014 par le référent à domicile [...] et le 30 avril 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 4h20 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 3h15 par semaine, 14h05 par mois et 42h15 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 3h05 par semaine, 13h20 par mois et 39h50 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (pièce 740bis/28).

Le 27 mai 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et a invité le prestataire de soins à produire un rapport de soins circonstancié, exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne requise. Elle a adressé un rappel au prestataire de soins le 1^{er} juillet 2014.

Le 10 juillet 2014, le CMS de [...] a exposé que le formulaire d'évaluation des prestations pour la période courant dès le 1^{er} avril était dû à une augmentation des examens et soins. A la demande du médecin traitant, le CMS avait dû intervenir deux fois par jour pour l'application de pommade et la mise en place de patch (15 minutes matin et soir sept jours par semaine). La prestation avait été ponctuelle et expliquait l'augmentation des heures durant les mois d'avril et mai. Un document « synthèse assurance », du 10 juillet 2014, et une liste des prestations (plan d'intervention), du 15 avril 2014, étaient joints à l'envoi.

Le 9 décembre 2014, E. _____ s'est déterminée et a admis la prise en charge de 20 minutes d'évaluations et conseils par mois, 1h20 de soins médicaux par mois et 17h30 de soins de base par mois. Elle a invité le prestataire de soins à produire le formulaire d'évaluation des

prestations pour la période courant dès le mois d'août 2014, ainsi que l'évaluation suivante si les soins à domicile étaient maintenus.

b) Le 10 décembre 2014, un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 2 août 2014 au 2 février 2015, est parvenu à E. _____. Il est a été signé le 4 novembre 2014 par le référent à domicile [...] et le 10 novembre 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 8h40 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 45 minutes par semaine, 3h15 par mois et 9h45 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 3h30 par semaine, 15h10 par mois et 45h30 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

Le 18 décembre 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et a maintenu sans changement les prestations dont elle admettait la prise en charge. En cas de désaccord, le prestataire de soins était invité à produire un « rapport détaillé sur les soins ».

c) Le 23 mars 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS est parvenu à E. _____, pour la période du 3 février au 4 mai 2015. Il a été signé le 26 février 2015 par [...] et le 10 mars 2015 par le Dr [...]. Il fait état de 4h20 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 45 minutes par semaine, 3h15 par mois et 9h45 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 3h30 par semaine, 15h10 par mois et 45h30 par trimestre de soins de base.

Le 24 mars 2015, E. _____ a maintenu sans changement les prestations dont elle admettait la prise en charge. En cas de désaccord, le prestataire de soins était invité à produire un « rapport détaillé sur les soins ».

d) Le 18 juin 2015, E. _____ a invité ASPMAD à produire un formulaire d'évaluation des prestations pour la période courant dès le mois de mai 2015.

Le CMS de [...] a réagi en faisant parvenir à E. _____, le 2 juillet 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 1^{er} mai au 30 juillet 2015. Il a été signé le 25 juin 2015 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il fait état des mêmes besoins que précédemment s'agissant des prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a et c OPAS. Il fait par ailleurs état de 40 minutes par semaine, 2h55 par mois et 8h40 par trimestre d'examens et traitement au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS.

Le 2 juillet 2015, E. _____ a maintenu sans changement les prestations dont elle admettait la prise en charge. Elle invitait le prestataire de soins à produire un « rapport détaillé sur les soins » en cas de désaccord.

e) Le 24 juillet 2015, E. _____ a reçu un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 31 juillet au 29 octobre 2015. Il a été signé le 20 juillet 2015 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il fait état de 4h20 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 40 minutes par semaine, 2h55 par mois et 8h40 par trimestre d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 3h30 par semaine, 15h10 par mois et 45h30 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Une liste des prestations prévues, du 20 juillet 2015, était jointe à ce document.

Le 27 juillet 2015, E. _____ a maintenu sans changement les prestations dont elle admettait la prise en charge. Elle invitait le prestataire de soins à produire un « rapport détaillé sur les soins » en cas de désaccord.

f) Le 2 septembre 2015, le CMS de [...] a fait parvenir à E. _____ un formulaire relatif à une augmentation momentanée des prestations. Il faisait état d'une augmentation des évaluations et conseils (une heure supplémentaire pour la mise en place des prestations et l'adaptation de la prise en charge à la suite d'une hospitalisation), ainsi

que des examens et traitements (1h30 supplémentaire pour 5 prises de sang et l'adaptation du plan de médication), pendant 15 jours dès le 17 août 2015.

Le 4 septembre 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des prestations, couvrant la période du 28 août au 26 novembre 2015, est parvenu à E._____. Il a été signé le 28 août 2015 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Il fait état des mêmes besoins que précédemment pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a et b OPAS, et de 4h55 par semaine, 21h20 par mois et 63h55 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Une liste des prestations prévues, du 28 août 2015, était jointe à ce document.

Le 7 septembre 2015, E._____ a maintenu sans changement les prestations dont elle admettait la prise en charge. Elle invitait le prestataire de soins à produire un « rapport détaillé sur les soins » en cas de désaccord.

g) Le 15 janvier 2016, E._____ a reçu une évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 27 novembre 2015 au 28 février 2016. Elle a été signée le 4 janvier 2016 par [...] et, à une date inconnue, par le Dr [...]. Elle fait état de 4h20 par trimestre d'évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 45 minutes par semaine, 3h15 par mois et 9h45 par trimestre d'examen et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 5h25 par semaine, 23h30 par mois et 70h25 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

h) Le 9 mai 2016, E._____ a reçu une détermination du CMS de [...] à laquelle étaient joints « les documents répertoriant la mise en place des soins ainsi que les justifications des prestations effectuées », pour la période courant de mai 2014 à avril 2016, ainsi que la « synthèse assurance » et les plans d'intervention, comprenant les listes des prestations, pour la période de mai 2014 à avril 2016.

i) Pendant toute la période d'avril 2014 à décembre 2015, ASPMAD a régulièrement envoyé à E. _____ des factures pour les soins à M. U. _____. Elle a facturé 1'674 fr. pour les prestations d'avril 2014 (facture du 12 mai 2014 ; pièce 357), 1'559 fr. 60 pour le mois de mai 2014 (facture du 11 juin 2014), 1'136 fr. 70 pour le mois de juin 2014 (facture du 8 juillet 2014), 1'022 fr. 30 pour le mois de juillet 2014 (facture du 11 août 2014), 917 fr. 45 pour le mois d'août 2014 (facture du 9 septembre 2014), 917 fr. 55 pour le mois de septembre 2014 (facture du 13 octobre 2014), 901 fr. 90 pour le mois d'octobre 2014 (facture du 12 novembre 2014), 849 fr. 35 pour le mois de novembre 2014 (facture du 10 décembre 2014), 809 fr. 40 pour le mois de décembre 2014 (facture du 12 janvier 2015), 801 fr. 70 pour le mois de janvier 2015 (facture du 11 février 2015), 788 fr. 55 pour le mois de février 2015 (factures des 9 mars et 10 avril 2015 ; pièce 367bis/1), 974 fr. 20 pour le mois de mars 2015 (facture du 10 avril 2015), 827 fr. 80 pour le mois d'avril 2015 (facture du 12 mai 2015), 867 fr. 80 pour le mois de mai 2015 (facture du 9 juin 2015), 898 fr. 70 pour le mois de juin 2015 (facture du 8 juillet 2015), 886 fr. 90 pour le mois de juillet 2015 (facture du 11 août 2015), 939 fr. pour le mois d'août 2015 (facture du 10 août 2015), 1'452 fr. 15 pour le mois de septembre 2015 (facture du 8 octobre 2015), 1'135 fr. 25 pour le mois d'octobre 2015 (facture du 9 novembre 2015), 988 fr. 10 pour le mois de novembre 2015 (facture du 9 décembre 2015) et 1'284 fr. 25 pour le mois de décembre 2015 (pièce 740bis/30 produite par la défenderesse, dernière page).

Au total, les factures pour la période d'avril 2014 à décembre 2015 correspondent à un montant de 21'632 fr. 65. E. _____ a démontré avoir payé partiellement ces factures, pour un montant total de 16'909 fr. 60, au plus tard le 10 février 2016. Le solde est par conséquent de 4'723 fr. 05. ASPMAD conclut au paiement de 5'707 fr. 15.

16. a) Il résulte du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, que plusieurs formulaires d'évaluation des soins requis ont été produits tardivement (voir par exemple le formulaire envoyé le 10 décembre 2014 pour la période du 2 août 2014 au 2 février

2015, formulaire signé le 10 novembre 2014 seulement par le Dr [...] ; voir également le formulaire envoyé le 20 juillet 2015 pour la période du 1^{er} mai au 30 juillet 2015, formulaire dont on ignore au demeurant à quelle date il a été signé par le médecin. Les listes de prestations n'ont souvent pas été produites ou l'ont été tardivement. Dans cette situation, la défenderesse n'était pas tenue d'accepter sans autre les garanties de prises en charge demandées et les factures produites. On aurait pu toutefois attendre de sa part, lorsqu'elle recevait des listes de prestations, qu'elle prenne position de manière davantage motivée qu'elle ne l'a fait. A cet égard, on la rendra attentive au fait qu'elle ne peut se retrancher derrière les prises de position difficilement compréhensibles de son infirmière-conseil, d'autant qu'elle ne les a généralement pas communiquées au prestataire de soins. Comme dans le cas de Mme O. _____ et les autres dossiers précédemment analysés, les deux parties portent ainsi leur part de responsabilité dans la nécessité de saisir le Tribunal arbitral des assurances et de désigner un expert pour les départager.

b) L'expert a constaté que plusieurs prestations facturées ne sont pas suffisamment documentées au dossier. Les demanderesses ont demandé qu'il soit interpellé notamment à propos de la pièce 739, considérant qu'elle constituait une documentation suffisante. L'expert a répondu que cette pièce contenait des observations d'ordre général, mais insuffisamment élaborées, ce qui ne permettait pas d'avoir une idée précise de la situation. Il a observé que cette pièce était la même que celle produite pour l'épouse de l'assuré. Les demanderesses en ont conclu que l'expert n'avait pas lu la pièce 739, car elle différait notablement de la pièce 730 produite à propos des soins à Mme O. _____. En réalité, on comprend aisément que l'expert a bien lu la pièce 739, mais qu'il a considéré qu'elle était similaire à la pièce 730, à propos de laquelle il avait déjà émis les mêmes remarques. On admettra en revanche que, comme l'ont souligné les demanderesses, la grille relative au dossier, figurant en première page de l'expertise concernant M. U. _____, est erronée et qu'elle correspond à celle qui avait été établie pour son épouse O. _____. Cette inadvertance n'est pas décisive, dans la mesure où

l'expert a ensuite manifestement répondu au questionnaire en se référant bien au dossier de M. U. _____ et non à celui de son épouse.

c) aa) En ce qui concerne les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), l'expert considère que les prestations facturées ne sont pas suffisamment documentées au dossier et que certains besoins paraissaient surévalués « d'après le peu d'informations fournies ». Il propose d'admettre une évaluation périodique de 60 minutes et la consultation du médecin pendant 11 minutes tous les trois mois. En tenant compte de 15 minutes pour la consultation du médecin (arrondi aux cinq minutes supérieures), on admettra 75 minutes par trimestre. On y ajoutera 15 minutes par semaine pour un bilan d'évolution de l'état de santé, comme l'admet l'expert (qui inclut toutefois ensuite à tort ce bilan dans son appréciation du temps pour le trimestre), pour les semaines où ce bilan a pu être effectué au regard des factures produites.

Pour les mois d'avril à juin 2014, ASPMAD a facturé 4h50 d'évaluations et conseils pour un montant de 385 fr. 70. On admettra 235 minutes (75 minutes pour le trimestre, plus 3x15 [avril], 4x15 [mai] et 3x15 + 10 [juin]), pour un montant de 312 fr. 55 (235 / 60x79 fr. 80). La consultation des factures démontre en effet que le bilan d'évolution de l'état de santé n'a pas été effectué toutes les semaines.

Pour les mois de juillet à septembre 2014, ASPMAD a facturé 3h20 d'évaluations et conseils pour un montant de 252 fr. 70. Ce montant, compatible avec les horaires admis par l'expert, peut être admis.

Pour les mois d'octobre à décembre 2014, ASPMAD a facturé 2h55 d'évaluations et conseils pour un montant de 232 fr. 75. On admettra ce montant, compatible avec les horaires admis par l'expert.

Pour les mois de janvier à mars 2015, ASPMAD a facturé 1h25 d'évaluations et conseils pour un montant de 192 fr. 85. On admettra 135

minutes (75 minutes plus 15 minutes [janvier], plus 15 minutes [février], plus 2x15 minutes [mars]), pour un montant de 179 fr. 55.

Pour les mois d'avril à juin 2015, ASPMAD a facturé 1h40 d'évaluations et conseils pour un montant de 106 fr. 40. On admettra ce montant, compatible avec les horaires admis par l'expert.

Pour les mois de juillet à septembre 2015, ASPMAD a facturé 252 fr. 70 d'évaluations et conseils pour un montant de 252 fr. 70. On admettra 165 minutes (75 minutes, plus 3x15 minutes [août], plus 3x15 minutes [septembre]), pour un montant de 219 fr. 45.

Pour les mois d'octobre à décembre 2015, ASPMAD a facturé 2h05 d'évaluations et conseils pour 166 fr. 25. On admettra ce montant, compatible avec les horaires admis par l'expert.

On observera que les horaires et les temps admis ci-avant sont globalement favorables aux demanderessees dans la mesure où il a été admis que les opérations censées être effectuées une fois tous les trois mois étaient parfois réparties sur plusieurs mois.

Au total, les montants facturés pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS sont de 1'589 fr. 35. Les prestations admises sont de 1'469 fr. 65, soit une différence de 119 fr. 70.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, l'expert constate que les prestations facturées ne sont que partiellement documentées et que les prestations effectivement fournies ne ressortent pas de la documentation produite. Il propose d'admettre 20 minutes par semaine pour la prise de la tension et du pouls ainsi que la préparation du semainier, ainsi que 5 minutes par semaine pour l'application de pommade du 29 mars au 14 mai 2014. On vérifiera donc les factures en prenant pour base ces 20 minutes par semaine, auxquelles on ajoutera 5 minutes par jour du 29 mars au 14 mai 2014.

Pour le mois d'avril 2014, ASPMAD a facturé 13h50 d'examens et traitements pour un montant de 904 fr. 70. On admettra 250 minutes (5x20+30x5) pour un montant de 272 fr. 50 (250 / 60x65 fr. 40).

Pour le mois de mai 2014, ASPMAD a facturé 8h45 d'examens et traitements pour un montant de 572 fr. 25. On admettra 150 minutes (4x20+14x5) pour un montant de 163 fr. 50.

Pour le mois de juin 2014, ASPMAD a facturé 2h35 d'examens et conseils pour un montant de 168 fr. 95. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de juillet 2014, ASPMAD a facturé 2h10 d'examens et traitements pour un montant de 141 fr. 70. On admettra 100 minutes (5x20) pour un montant de 109 francs.

Pour le mois d'août 2014, ASPMAD a facturé 2h05 d'examens et traitements pour un montant de 136 fr. 25. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de septembre 2014, ASPMAD a facturé 1h50 d'examens et traitements pour un montant de 119 fr. 90. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois d'octobre 2014, ASPMAD a facturé 2h45 d'examens et traitements pour un montant de 179 fr. 85. On admettra 100 minutes (5x20) pour un montant de 109 francs.

Pour le mois de novembre 2014, ASPMAD a facturé 2 heures d'examens et traitements pour un montant de 130 fr. 80. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de décembre 2014, ASPMAD a facturé 1h50 d'examens et traitements pour un montant de 119 fr. 90. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de janvier 2015 ASPMAD a facturé 1h50 d'examens et traitements pour un montant de 119 fr. 90. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de février 2015, ASPMAD a facturé 2h30 d'examens et traitements pour un montant de 163 fr. 50. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de mars 2015, ASPMAD a facturé 1h40 d'examens et traitements pour un montant de 109 fr. On admettra 80 minutes pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois d'avril 2015, ASPMAD a facturé 2h30 d'examens et traitements pour un montant de 163 fr. 50. On admettra 100 minutes (5x20) pour un montant de 109 francs.

Pour le mois de mai 2015, ASPMAD a facturé 170 minutes d'examens et traitements pour un montant de 185 fr. 30. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de juin 2015, ASPMAD a facturé 2h35 d'examens et traitements pour un montant de 168 fr. 95. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de juillet 2015, ASPMAD a facturé 2h55 d'examens et traitements pour un montant de 190 fr. 75. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois d'août 2015, ASPMAD a facturé 4h30 d'examens et traitements pour un montant de 294 fr. 30. On admettra 60 minutes (3x20) pour un montant de 65 fr. 40.

Pour le mois de septembre 2015, ASPMAD a facturé 3h30 d'examens et traitements pour un montant de 228 fr. 90. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois d'octobre 2015, ASPMAD a facturé 3 heures d'examens et traitements pour un montant de 196 fr. 20. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de novembre 2015, ASPMAD a facturé 2h30 d'examens et traitements pour un montant de 163 fr. 50. On admettra 80 minutes (4x20) pour un montant de 87 fr. 20.

Pour le mois de décembre 2015, ASPMAD a facturé 2h40 d'examens et traitements pour 174 fr. 40. On admettra 100 minutes (5x20) pour 109 francs.

Au total, les montants facturés pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS sont de 4'632 fr. 50. Les prestations admises sont de 2'196 fr. 35, soit une différence de 2'436 fr. 15.

cc) En ce qui concerne les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, l'expert propose d'admettre 40 minutes pour une douche par semaine, 26 minutes six fois par semaine pour la toilette au lavabo, 10 minutes 14 fois par semaine pour la mise et le retrait des bas de contention. En suivant cette proposition, mais en arrondissant le temps nécessaire pour la toilette au lavabo à 30 minutes, on admettra 360 minutes par semaine de soins de base, soit en moyenne 51.43 minutes par jour.

Pour les mois d'avril, juin, septembre et novembre 2014, ainsi que pour les mois d'avril, juin et septembre 2015, ASPMAD a facturé 30 jours de soins de base, ce qui représente 1'542.90 minutes facturables (30x51.43) pour un montant de 1'404 fr. 05 (1542.90 / 60x54 fr. 60). Les factures d'ASPMAD pour ces périodes n'excèdent pas ce montant et peuvent être confirmées.

Pour les mois de mai, juillet, août, octobre et décembre 2014, ainsi que les mois de janvier, mars, mai, juillet et décembre 2015, ASPMAD a facturé 31 jours de soins de base, ce qui représente 1'594.33 minutes facturables pour un montant de 1'450 fr. 85. Les factures pour ces périodes n'excèdent pas ce montant et peuvent être confirmées.

Pour le mois de février 2015, ASPMAD a facturé 28 jours de soins, ce qui représente 1'440.04 heures facturables pour un montant de 1'310 fr. 45. Pour le mois de d'août 2015, ASPMAD a facturé 22 jours de soins, ce qui représente 1'131.46 heures facturables pour un montant de 1'029 fr. 60. Pour les mois d'octobre et novembre 2015, enfin, ASPMAD a facturé 25 jours de soins, ce qui représente 1'285.75 heures facturables pour un montant de 1'170 fr. Les factures pour ces périodes n'excèdent pas ces montants et peuvent être confirmées.

Au total, les factures de prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS pour la période d'avril 2014 à décembre 2015 représentent 15'410 fr. 85 et sont admises.

d) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) dispensées pendant la période litigieuse à M. U._____, le montant total de 19'076 fr. 85 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés (21'632 fr. 70) par ASPMAD est de 2'555 fr. 85. Au vu du solde des factures resté impayées (4'723 fr. 05; consid. 15 i) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 2'167 fr. 20 (4'723 fr. 05 - 2'555 fr. 85).

17. **a)** F._____, né en [...], a reçu des prestations du Centre médico-social d'[...] (ci-après : CMS d'[...]), géré par ASPMAD, entre le 4 mai 2012 et le 29 décembre 2014, notamment. Il était assuré par la défenderesse. Dans ce contexte, ASPMAD a adressé à la défenderesse, le 16 janvier 2014 (date de réception), un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 15 décembre 2013

au 14 mars 2014. Le formulaire a été signé le 17 décembre 2013 par la référente du service à domicile [...] et, le 3 janvier 2014, par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 35 minutes par semaine, 2h35 par mois et 7h40 par trimestre d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 11h35 par semaine, 50h20 par mois et 151 heures par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations était jointe à cet envoi.

Le 16 janvier 2014, la défenderesse a accusé réception de ce document et a invité le CMS d'[...] à produire un rapport de soins circonstancié, exposant les différentes mesures exécutées en matière de soins ainsi que leur durée quotidienne requise.

b) Le 7 avril 2014, E. _____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des prestations, pour la période du 15 mars au 14 septembre 2014. Le document a été signé le 21 mars 2014 par la référente [...] et le 24 mars 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 d'instructions et conseils par trimestre, de 50 minutes par semaine, 3h30 par mois et 10h30 par trimestre d'examens et traitements, et de 9h15 par semaine, 40h10 par mois et 120h25 par trimestre de soins de base. Le document « synthèse assurance », daté du 20 décembre 2013, et un plan d'intervention, du 20 décembre 2013, comprenant la liste des prestations, y étaient joints.

Le 8 avril 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et informé le prestataire de soins que le dossier était à l'étude.

c) Le 15 avril 2014, E. _____ s'est déterminée sur la prise en charge des soins pour la période du 25 décembre 2013 au 14 mars 2014 et a admis la prise en charge de 45 minutes d'évaluations et conseils en décembre 2013 et d'une heure d'évaluations et conseils en février 2014 (rien en janvier et février 2014). Elle admettait par ailleurs « 1h15 » (sans autre précision) d'examens et soins. S'agissant des soins de base, elle admettait 45 minutes par jour « ou 11 h $\frac{1}{4}$ (sortie de l'hôpital au 15.12.2013) » en décembre 2013, 30 minutes par jour « ou 15 h » (sans

autre précision) en janvier 2014, « 10 h 1/2 » en février 2014, étant précisé « plus de gilet. Mi février : poignet dans le plâtre nécessitant deux visites », et « 20 h » en mars, étant précisé « 2 visites et entre temps un déroulement des soins quotidiens ». Cette détermination fait notamment suite à un téléphone de l'infirmière-conseil d'E. _____ à M. F. _____, le 31 mars 2014 (pièce 661bis/23), dont il ressortait notamment, selon l'infirmière-conseil, que l'assuré n'était pas diabétique, contrairement à ce qui avait été prétendu. En outre, le corset pour l'épaule droite n'aurait pas nécessité deux passages par jour, l'assuré ayant déclaré : « Mais non, le soir j'ai pu enlever les jeans moi-même ».

Le 15 mai 2014, le CMS d'[...] a contesté cette prise de position, au motif que la mise en place des prestations lors des différents événements survenus et le suivi de la situation n'auraient en aucun cas pu être faits correctement ni de manière sécuritaire selon l'horaire admis par l'assureur-maladie, de sorte que certaines prestations n'auraient simplement pas pu être effectuées. Le CMS précisait notamment que 75 minutes d'évaluations et conseils avaient été facturées en mars 2014 pour la gestion d'une hospitalisation ensuite d'une chute et d'une fracture, le retour à domicile et la mise en place des prestations et la surveillance de l'état cutané, ainsi que la révision de la prise en charge avec l'assuré. En ce qui concernait les examens et traitements, le prestataire de soins confirmait que l'assuré était bien diabétique et que les prestations facturées étaient indispensables. La demande de garantie pour une facturation hebdomadaire de 45 minutes d'examen et traitements était donc maintenue (3h25 par mois en moyenne). Enfin, des précisions étaient apportées concernant les soins de base, avec notamment 50 minutes en moyenne le matin en décembre 2013 pour les prestations quotidiennes d'aide à la toilette/douche, habillage, rasage et mise en place d'un gilet orthopédique après une hospitalisation, et un passage le soir du 15 au 29 décembre pour réajuster le gilet et l'aide au déshabillage (« moyenne 15 minutes »). En janvier 2014, les mêmes prestations étaient effectuées le matin ; le soir, l'assuré arrivait à se débrouiller (« 50 minutes nécessaires pendant 31 jours »). Le 11 février 2014, l'assuré avait fait une chute, avec une fracture d'un bras qui avait entraîné une opération le

lendemain. La même aide à la toilette avait été maintenue le matin (« total 23h50 ») et des prestations avaient été nécessaires le soir dès le 11 février (« total 4h15 » ; « en tout : environ 27h30 »). Le temps requis n'avait pas changé malgré l'ablation du gilet car le bras avec broches demandait des précautions particulières pour les soins et l'habillage. Pour le mois de mars 2014, un plâtre avait été posé dès le 15 mars ; les prestations du matin restaient inchangées et un passage était effectué tous les soirs (« 7h45, pour un total de 33h35 »).

d) Le 10 juin 2014, E. _____ s'est déterminée sur la prise en charge des prestations demandées pour la période du 15 mars au 14 septembre 2014. Elle a admis 30 minutes par mois d'évaluations et conseils jusqu'à la fin du mois de juin 2014, 1h15 par mois de soins médicaux jusqu'à la fin du mois de juin 2014 et, pour les soins de base, 20 heures en mars pour deux visites par jour, 12h30 en avril pour une visite par jour et 6h15 par jour en mai et jusqu'à la mi-juin pour une visite par jour. Le fournisseur de prestations était invité à produire « un rapport détaillé sur les soins » en cas de désaccord.

Le 18 juin 2014, le CMS d'[...] a contesté cette prise de position. Il a notamment maintenu sa demande de prise en considération de 75 minutes en mars 2014 pour des évaluations et conseils, et de 45 minutes par semaine pour des examens et traitement « selon le catalogue des prestations RAI » (5 min. pour la prise de tension artérielle, 5 min. pour le contrôle du pouls, 5 min. pour le contrôle du poids, 10 min. pour la préparation du semainier et 20 min. pour des soins des ongles des pieds pour un diabétique, selon une ordonnance médicale annexée). Il précisait toutefois que « pour cette rubrique également [examens et traitements], le temps réel effectué auprès du client est globalement inférieur à ces durées ». Enfin, pour les soins de base, le CMS d'[...] ajoutait que les prestations étaient de 60 minutes par jour pour une toilette complète tous les matins et que les prestations tous les soirs étaient de 20 minutes pour un total de 40h10 par mois « selon le catalogue des prestations RAI », en mars. Il en allait de même jusqu'au 22 avril, date à partir de laquelle seule une toilette complète du matin était effectuée, tous les jours. Cette

prestation avait perduré jusqu'au 13 juin, date à laquelle il y avait été mis fin.

Le 9 septembre 2014, E. _____ a maintenu sa dernière appréciation des horaires admissibles. Elle estimait que les prestations d'évaluations et conseils n'étaient pas justifiées de manière compréhensible (« manque le suivi du dossier client »). En ce qui concernait les examens et traitements, elle admettait désormais que l'assuré était diabétique, de sorte qu'elle avait « adapté le temps sous B ». Toutefois, elle avait entre-temps « reçu l'information que le patient organise lui-même sa médication ce qui diminue le temps, ce qui équilibre la durée accordée pour les soins ». Enfin, pour les soins de base, E. _____ maintenait sa position en précisant que « demander 60 minutes pour une toilette complète chez un patient de 66 ans portant un plâtre au bras gauche (fracture du poignet) pendant trois mois est en contradiction avec l'art. 32 de la LAMal ».

e) Le 4 novembre 2014, un nouveau formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS est parvenu à E. _____, pour la période du 15 septembre au 14 décembre 2014. Il a été signé le 30 septembre 2014 par la référente à domicile [...] et le 17 octobre 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 par trimestre d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS et de 30 minutes par semaine, 2h10 par mois et 6h30 par trimestre d'examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. Aucun besoin en soins de base n'est mentionné. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations y était jointe.

Le 6 novembre 2014, E. _____ a admis 30 minutes par mois d'évaluations et conseils et 1h15 par mois d'examens et traitements. Elle invitait le fournisseur de prestations à envoyer un rapport détaillé sur les soins en cas de désaccord.

f) Le 13 janvier 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS est parvenu à E. _____, pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2015. Il a été signé le 29 décembre 2014

par la référence du service à domicile [...] et le 31 décembre 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 d'instructions et conseils par trimestre et 30 minutes par semaine, 2h05 par mois et 6h15 par trimestre d'exams et traitements. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations y était jointe.

Le jour même, E. _____ a maintenu sans changement sa précédente détermination, en invitant le fournisseur de prestations à envoyer un rapport détaillé sur les soins en cas de désaccord.

Le 20 janvier 2015, le CMS d'[...] a contesté cette prise de position indiquant que la prise en charge de l'assuré comportait, chaque semaine, le contrôle des signes vitaux et du poids, la préparation des médicaments et un contrôle des pieds pour un patient diabétique, avec les soins associés. Un document « synthèse assurance » et un plan d'intervention, comprenant une liste des prestations prévues, tous deux datés du 29 décembre 2014, étaient joints à cet envoi.

Une conversation téléphonique a eu lieu le 10 avril 2015 entre l'infirmière-conseil d'E. _____ et une infirmière du CMS d'[...], puis une nouvelle conversation le 15 avril 2015 entre l'infirmière-conseil et « Mme [...], responsable de la région ». L'infirmière-conseil n'a pas pris note du contenu de ces entretiens, mais a considéré que le second avait été « long et compliqué », que « Mme [...] n'avait pas l'aperçu malgré le dossier devant soi et me répétait de suite qu'il fallait par semaine 30-40 minutes pour contrôle des pieds ». Elle observait que sa seconde interlocutrice lui enverrait « le nécessaire des documents » (note de l'infirmière-conseil du 15 avril 2015, pièce 661bis/12).

Le 24 avril 2015, E. _____ s'est référée à l'entretien téléphonique du 15 avril 2015 et a invité ASPMAD à produire « les documents confidentiels concernant le vrai besoin des prestations de Monsieur F. _____ ».

Le 30 avril 2015, E. _____ a reçu une détermination d'ASPMAD datée du 21 avril, dans laquelle cette dernière précisait que les prestations effectuées étaient conformes à ce qui était décrit « dans les

documents déjà en votre possession ». Une brève détermination complémentaire était apportée concernant la situation de l'assuré et le traitement des pieds, étant ajouté que le temps de passage était évalué à 45 minutes par semaine, mais dépendait de l'état de l'assuré et pouvait varier d'une visite à l'autre. Un résumé des temps de passage lors des dernières visites, du 6 février au 24 avril 2015, suivait ces explications. Aucun document complémentaire n'était joint à cet envoi.

Le 27 juillet 2015, E. _____ a maintenu sa précédente prise de position. Elle a observé qu'à la suite d'un téléphone du 15 avril 2015 avec son service médical, il avait été convenu qu'une documentation détaillée serait produite, ce qui n'avait pas été le cas, seul un planning ayant été reçu. E. _____ ajoutait que chaque intervenant à domicile était obligé de fournir un rapport exact des actes effectués pendant son travail et que l'assureur devait pouvoir comprendre ce qui avait été vraiment effectué, et non seulement ce qui avait été planifié. Les documents suivants devaient être adressés au service médical :

- préparation de la documentation pour accord du médecin traitant
- consulter le médecin au sujet du client
- contrôle du poids, mais Monsieur F. _____ se pèse lui-même à jeun le matin en se levant, à voir votre document 'PI Assurance', page 2, inscription du 23.05.2014
- soigner les blessures aux pieds chaque semaine pendant 30-40 minutes : aucune documentation n'a été adressée
- prise de la tension et du pouls : aucune documentation reçue".

Le 4 août 2015, ASPMAD a accusé réception de ce courrier et a contesté l'obligation des intervenants à domicile de fournir un rapport exact de leurs actes ; ils devaient « respecter les consignes TSA et des actes et ne noter que ce qui ne correspondait pas à ce qui était prévu ». En ce qui concernait les autres documents demandés, ASPMAD exposait n'avoir « pas retrouvé l'intitulé, 'préparation de la documentation pour accord du médecin traitant' ». S'il s'agissait de « l'intitulé des TSA ou des actes », ASPMAD précisait préparer pour toutes les situations un temps d'évaluation standardisé, qui n'était pas régulier, mais permettait de facturer le temps d'évaluation ou de réévaluation reconnu lorsqu'il avait lieu. En ce qui concernait le document « consulter le médecin au sujet du

client », ASPMAD déclarait à nouveau n'avoir pas retrouvé cet intitulé. S'agissant du contrôle du poids et de la prise de tension et du pouls, il était précisé que ces constantes étaient demandées par le médecin traitant et lui étaient transmises à sa demande. Il n'était pas possible de les transmettre à l'assurance sans son avis. L'assuré se pesait lui-même et le résultat était introduit dans le dossier pour suivi et contrôle, observation des œdèmes, etc. Quelques précisions étaient encore apportées en ce qui concernait les soins aux pieds et les saisies de juillet effectuées à ce propos étaient jointes en annexe. ASPMAD concluait en exprimant son incompréhension face aux restrictions de prise en charge par l'assureur-maladie, pour un client à risque ayant eu de nombreux problèmes de santé, avec une prise en charge hebdomadaire courte.

g) Entre-temps, le 3 août 2015, deux demandes d'augmentation momentanée des prestations sont parvenues à E. _____, depuis le 1^{er} mai 2015 pour environ 30 jours (examens et traitements, pendant 2h10, pour la surveillance des plaies à la suite de l'adaptation d'orthèses dans les chaussures et le suivi de mycoses), et dès le 1^{er} juin 2015 pour environ 30 jours (examens et traitements pendant 1h50 pour la surveillance et l'adaptation d'orthèses dans les chaussures et des pansements sur plaie au pied trois fois par semaine dès le 29 juin 2015).

Le 7 août 2015, un nouveau formulaire d'évaluation des prestations est parvenu à E. _____, pour la période du 29 juin au 30 septembre 2015. Il a été signé le 23 juillet 2015 par la référente du service à domicile [...] et le 3 août 2015 par le Dr [...]. Il fait état de 6h30 par trimestre d'évaluations et conseils et de 2 heures par semaine, 8h40 par mois et 26h00 par trimestre d'examen et traitements.

Le 11 août 2015, E. _____ a maintenu inchangée sa précédente détermination relative aux horaires pris en charge. Elle se référait à son courrier du 27 juillet 2015 en cas de désaccord.

Le 23 octobre 2015, se référant au courrier du 4 août 2015 d'ASPMAD, elle a pris position en exposant que le fournisseur de prestations était tenu de fournir aux médecins-conseils des assureurs les indications dont ils avaient besoin conformément à l'art. 57 al. 6 LAMal. ASPMAD s'était « opposée à fournir les documents demandés (= démontrant la mise en place) » et avait « répétitivement envoyé à défaut des documents de planning avec des temps standardisés ». La fiche d'une page et demie envoyée à titre de réponse à la documentation demandée contenait des informations relatives uniquement à une période de 14 jours en juillet, alors que des justificatifs étaient demandés depuis le 15 décembre 2013. A ce jour, ni le protocole des pansements, ni les photos ou la documentation professionnelle de la mise en place de pansements n'avaient été reçus. Il manquait également « la documentation concernant la mise en place / les entretiens effectués concernant : ,préparer la documentation pour accord médecin, consulter le médecin au sujet du client' etc. ». Au lieu de cela, ASPMAD déclarait se référer à « des temps standardisés et désir[ait] des garanties de coûts pour des prestations planifiées mais non justifiées. »

h) Pendant toute la période de janvier 2014 à décembre 2015, ASPMAD a régulièrement envoyé à E. _____ des factures pour les soins à M. F. _____. Elle a facturé 1'502 fr. 10 pour les prestations de janvier 2014 (facture du 12 février 2014 ; pièce 135), 2'053 fr. 20 pour les prestations de mars 2014 (facture du 9 avril 2014), 1'639 fr. 55 pour les prestations d'avril 2014 (facture du 12 mai 2014), 1'168 fr. 15 pour les prestations de mai 2014 (facture du 11 juin 2014), 625 fr. 80 pour les prestations de juin 2014 (facture du 8 juillet 2014), 1'791 fr. 20 pour les prestations de février et juillet 2014 (facture du 11 août 2014), 136 fr. 25 pour les prestations d'août 2014 (facture du 9 septembre 2014), 230 fr. 55 pour les prestations de septembre 2014 (facture du 13 octobre 2014), 158 fr. 05 pour les prestations d'octobre 2014 (facture du 12 novembre 2014), 189 fr. 45 pour les prestations de novembre 2014 (facture du 10 décembre 2014), 159 fr. 80 pour les prestations de décembre 2014 (facture du 12 janvier 2015), 214 fr. 95 pour les prestations de janvier 2015 (facture du 11 février 2015), 147 fr. 15 pour les prestations de

février 2015 (facture du 9 mars 2015), 125 fr. 35 pour les prestations de mars 2015 (pièce 661bis/17), 147 fr. 15 pour les prestations d'avril 2015, 223 fr. 45 pour les prestations de mai 2015 (facture du 9 juin 2015), 221 fr. 60 pour les prestations de juin 2015 (facture du 8 juillet 2015), 530 fr. 40 pour les prestations de juillet 2015 (facture du 11 août 2015), 256 fr. 15 pour les prestations d'août 2015 (facture du 10 septembre 2015), 179 fr. 85 pour les prestations de septembre 2015 (facture du 8 octobre 2015), 300 fr. 75 pour les prestations d'octobre 2015 (facture du 8 novembre 2015) et 116 fr. 85 pour les prestations de décembre 2015 (facture du 11 janvier 2016).

Au total, les factures pour la période de janvier 2014 à décembre 2015 correspondent à un montant de 12'117 fr. 75. E. _____ a démontré avoir payé partiellement ces factures, pour un montant total de 5'964 fr. 60, au plus tard en février 2016. Le solde est par conséquent de 6'153 fr. 15. ASPMAD conclut au paiement de 7'571 fr. 80.

18. a) Il résulte du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, que les listes de prestations n'ont souvent pas été produites, ou l'ont été tardivement. Par ailleurs, la défenderesse a demandé régulièrement que la documentation relative aux soins effectivement dispensés soit produite, et non pas seulement des évaluations des soins requis et listes de prestations. Ses prises de positions étaient, certes, insuffisamment détaillées et, souvent peu compréhensibles. Comme déjà relevé précédemment, les déterminations de son infirmière-conseil sont peu structurées, rédigées en style télégraphique et dans un français peu maîtrisé. Les services administratifs de l'intimée se retrouvent contraints de reprendre telles quelles certaines formulations, ce qui rend difficile pour ASPMAD de comprendre quels documents sont demandés exactement (lettres des 24 avril et 27 juillet 2015, par exemple, avec la réponse du 4 août 2015 d'ASPMAD, voir également la prise de position d'E. _____ du 15 avril 2014, particulièrement obscure en ce qui concerne les horaires admis). Il reste qu'ASPMAD était tout de même en mesure de comprendre qu'il lui

appartenait de produire la documentation nécessaire pour établir, non pas uniquement les prestations planifiées, mais celles qui avaient été réellement effectuées. Les quelques observations produites, sur des périodes très courtes étaient insuffisantes à cet effet, ce qu'ASPMAD ne pouvait ignorer. L'expert a lui aussi constaté ces insuffisances. Dans cette situation, la défenderesse n'était pas tenue d'accepter sans autre les garanties de prises en charge demandées et les factures produites. On rendra ASPMAD attentive au fait que l'expert a observé que le temps nécessaire aux évaluations et conseils était systématiquement surévalué sur les formulaires d'évaluation des prestations requises. Il lui appartient par ailleurs de produire systématiquement non seulement le formulaire d'évaluation des prestations, mais également la planification des soins, conformément à l'art. 18 et à l'annexe 6 ch. 1, première étape, de la convention spitex. Si elle en est requise, elle doit également remettre la documentation nécessaire pour établir les soins effectivement prodigués (convention spitex, annexe 6 ch. 1, deuxième étape), au besoin en invitant la défenderesse à procéder par sondages. On rendra E. _____, pour sa part, attentive à son obligation de formuler plus clairement les documents dont elle souhaite la production - en veillant à les circonscrire à des durées raisonnables -, et au besoin à demander à consulter ces documents sur place si elle souhaite un examen plus étendu (convention spitex, annexe 6, ch. 2). On soulignera, enfin, que la démarche de l'infirmière-conseil consistant à refuser des soins en contestant un diagnostic ou la nécessité de certains soins après un simple téléphone à un patient - dont on apprend dans une lettre du 21 avril 2015 qu'il présente une légère déficience mentale - n'est pas adéquate et ne correspond pas aux procédures de contrôle prévues par l'art. 18 de la convention spitex et l'annexe 6 à cette convention, ch. 3 (examen du cas particulier auprès de l'assuré à l'occasion d'une intervention de soins). Dans ces conditions, les deux parties portent leur part de responsabilité dans la nécessité de saisir le Tribunal arbitral des assurances et de désigner un expert pour les départager.

b) aa) Outre la surévaluation systématique du temps nécessaire aux évaluations et conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS) sur les

formulaire d'évaluation des prestations requises, l'expert estime que la documentation au dossier sur ces prestations est insuffisante. Il propose néanmoins d'admettre une évaluation périodique de 60 minutes tous les six mois, un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes tous les six mois et un bilan de l'évolution de l'état de santé de 15 minutes par semaine lors de passages pour la préparation du semainier. On admettra ces prestations, pour autant qu'elles ressortent effectivement de la facturation.

ASPMAD a notamment facturé 1h15 d'évaluation en mars 2014 et en septembre 2014, ce qui paraît correspondre aux évaluations bisannuelles admises par l'expert. On admettra ces deux facturations, pour un montant de 99 fr. 75 chacune. ASPMAD a encore facturé 40 minutes d'évaluations et conseils en novembre 2014, pour un montant de 53 fr. 20, et 30 minutes en décembre 2014, pour un montant de 39 fr. 90. On admettra 30 minutes pour deux bilans de l'évolution de l'état de santé les 14 et 18 novembre 2014, pour un montant de 39 fr. 90 (30 / 60x79.80), et 15 minutes pour un bilan de l'évolution de l'état de santé le 4 décembre 2014, pour un montant de 19 fr. 95.

En octobre 2015, ASPMAD a facturé 1h35 d'évaluations et conseils, pour un montant de 126 fr. 35. On admettra ce montant, pouvant correspondre aux examens bisannuels et à un bilan hebdomadaire de l'évolution de l'état de santé. Pour le surplus, ASPMAD a facturé 10 minutes d'évaluations et conseils en janvier 2015, pour un montant de 13 fr. 30, 15 minutes d'évaluations et conseils en juin 2015, pour un montant de 19 fr. 95, 30 minutes d'évaluations et conseils en juillet 2015, pour un montant de 39 fr. 90, et 10 minutes d'évaluations et conseils en décembre 2015, pour un montant de 13 fr. 30. On admettra ces facturations.

Au total, les montants facturés pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS sont de 505 fr. 40. Les prestations admises sont de 472 fr. 15, soit une différence de 33 fr. 25.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements (art. 7 al. 2 let. a OPAS), l'expert estime que la documentation au dossier sur ces prestations est insuffisante et que le choix de l'acte « soins des ongles » une fois par semaine n'est pas adapté à la situation. Il propose d'admettre, par semaine, 5 minutes pour un contrôle de santé, 10 minutes pour la prise de la tension artérielle et du pouls et 10 minutes pour la préparation du semainier, soit 25 minutes au total. Il propose d'admettre encore 11 minutes par mois pour consulter le médecin si nécessaire. On admettra ces propositions, en précisant que 15 minutes par mois (arrondi aux cinq minutes supérieures) seront prises en considération pour consulter le médecin.

Pour le mois de janvier 2014, ASPMAD a facturé 2h35 d'examens et traitements, pour un montant de 168 fr. 95. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de février 2014, ASPMAD a facturé 3h15 d'examens et traitements, pour un montant de 212 fr. 55. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de mars 2014, ASPMAD a facturé 2h40 d'examens et traitements pour un montant de 174 fr. 40. On admettra 105 minutes (3x25 + 15 minutes d'examens et traitements la semaine du 10 au 16 mars + 15 minutes pour la consultation d'un médecin dans le mois) pour un montant de 114 fr. 45.

Pour le mois d'avril 2014, ASPMAD a facturé 2h15 d'examens et traitements pour un montant de 147 fr. 15. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de mai 2014, ASPMAD a facturé 2h25 d'examens et traitements pour un montant de 158 fr. 05. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de juin 2014, ASPMAD a facturé 2h20 d'examens et traitements pour un montant de 152 fr. 60. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de juillet 2014, ASPMAD a facturé 1h40 d'examens et traitements pour un montant de 109 fr., que l'on admettra.

Pour le mois d'août 2014, ASPMAD a facturé 2h05 d'examens et traitements pour un montant de 136 fr. 25. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de septembre 2014, ASPMAD a facturé 2h00 d'examens et traitements pour un montant de 130 fr. 80. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois d'octobre 2014, ASPMAD a facturé 2h25 d'examens et traitements pour un montant de 158 fr. 05. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de novembre 2014, ASPMAD a facturé 2h05 d'examens et traitements, pour un montant de 136 fr. 25. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de décembre 2014, ASPMAD a facturé 1h50 d'examens et traitements, pour un montant de 119 fr. 90. On admettra ce montant.

Pour le mois de janvier 2015, ASPMAD a facturé 3h05 d'examens et traitements pour un montant de 201 fr. 65. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de février 2015, ASPMAD a facturé 2h15 d'examens et traitements pour un montant de 147 fr. 15. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de mars 2015, ASPMAD a facturé 1h55 d'examens et traitements pour un montant de 125 fr. 35. On admettra ce montant.

Pour le mois d'avril 2015, ASPMAD a facturé 2h15 d'examens et traitements pour un montant de 147 fr. 15. On admettra 90 minutes (3x25+15) pour un montant de 98 fr. 10.

Pour le mois de mai 2015, ASPMAD a facturé 205 minutes d'examens et traitements pour un montant de 223 fr. 45. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de juin 2015, ASPMAD a facturé 3h05 d'examens et traitements pour un montant de 201 fr. 65. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de juillet 2015, ASPMAD a facturé 7h30 d'examens et traitements pour un montant de 490 fr. 50. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois d'août 2015, ASPMAD a facturé 3h55 d'examens et traitements pour un montant de 256 fr. 15. On admettra 115 minutes (4x25 + 15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois de septembre 2015, ASPMAD a facturé 2h45 d'examens et traitements pour un montant de 179 fr. 85. On admettra 115 minutes (4x25+15) pour un montant de 125 fr. 35.

Pour le mois d'octobre 2015, ASPMAD a facturé 2h40 d'examens et traitements pour un montant de 174 fr. 40. On admettra 140 minutes (5x25+15) pour un montant de 152 fr. 60.

Pour le mois de décembre 2015, ASPMAD a facturé 1h35 d'examens et traitements pour un montant de 103 fr. 55, pour trois semaines de prestations. On admettra 90 minutes (3x25+15) pour un montant de 98 fr. 10.

Au total, les montants facturés pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS sont de 4'054 fr. 80. Les prestations admises sont de 2'959 fr. 35, soit une différence de 1'095 fr. 45.

cc) En ce qui concerne les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS), l'expert considère que la documentation au dossier est insuffisante. Les évaluations des soins requis lui paraissent légèrement surestimées et il propose d'admettre 50 minutes le matin (douche et « aides techniques »), ainsi que 25 minutes le soir (15 minutes pour l'habillage/déshabillage et 10 minutes pour les « aides techniques »). Il ressort des déterminations d'ASPMAD des 15 mai 2014 (consid. 16c) et 18 juin 2014 (consid. 16d) que deux passages par jour ont été nécessaires du 12 février 2014 au 22 avril 2014. Pour les autres périodes, seul un passage par jour était effectué le matin. On admettra donc 50 minutes par jour en moyenne pour la période courant jusqu'au 11 février 2014, 75 minutes par jour en moyenne pour la période du 12 février au 22 avril 2014, quand bien même il ressort de la facturation que les deux passages par jour n'étaient pas tout à fait systématiques pendant cette période, puis à nouveau 50 minutes par jour en moyenne. La facturation d'ASPMAD pour les soins de base, pendant la période de janvier à juin 2014, n'excède pas ces durées moyennes, de sorte qu'on l'admettra sans modification. Il appartiendra toutefois à ASPMAD, à l'avenir, de mieux documenter ses prestations de manière à permettre une vérification plus détaillée des soins réellement prodigués. Il lui appartiendra également de veiller à ne pas surévaluer grossièrement les soins requis dans ses formulaires d'évaluation des prestations.

Au total, les montants facturés, et admis, pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS sont de 7'557 fr. 55.

c) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) dispensées pendant la période litigieuse à M. F. _____, le montant total de 10'989 fr. 05 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés

(12'117 fr. 75) par ASPMAD est de 1'128 fr. 70. Au vu du solde des factures resté impayées (6'153 fr. 15; consid. 17 h) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 5'024 fr. 45 (6'153 fr.15 - 1'128 fr. 70).

19. a) V._____, né en [...], a reçu des prestations du Centre médico-social de [...], géré par APROMAD, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2014 notamment. Il était assuré auprès de la défenderesse. Dans ce contexte, APROMAD a adressé à la défenderesse, le 11 mars 2014 (date de réception), un formulaire d'évaluation des prestations au sens de l'art. 8 OPAS, pour la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2014. Le formulaire a été signé par Mme [...] le 18 décembre 2013 et par le médecin traitant, le Dr [...], le 30 décembre 2013. Il fait état de six heures d'instructions et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS par trimestre, de 2h35 par semaine, 11h13 par mois et 33h40 par trimestre d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et de 2h25 par semaine, 10h30 par mois et 31h30 par trimestre de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations était jointe à cet envoi.

Le 14 mars 2014, E._____ a accusé réception de ce document et a admis la prise en charge d'une heure d'évaluation et conseils, de 18 heures d'examens et traitements et de 27 heures de soins de base par trimestre. Elle a invité le fournisseur de prestations à produire un rapport détaillé sur les soins en cas de désaccord.

Le 24 avril 2014, E._____ a reçu le « document médico-social de transmission à l'attention des assureurs-maladie » (DMST) pour la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2014. Ce document comprend notamment une brève description du niveau d'autonomie et de la situation de la personne assurée. Une description des soins requis y était jointe.

b) Le 1^{er} mai 2014, E._____ a reçu un nouveau formulaire d'évaluation des prestations pour la période du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2014. Le document a été signé le 8 avril 2014 par le référent du service à domicile [...] et le 28 avril 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 6h00

d'instructions et conseils par trimestre, 4h05 par semaine, 17h50 par mois et 53h25 par trimestre d'examens et soins, et de 2h45 par semaine, 11h45 par mois et 35h15 par trimestre de soins de base. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations était jointe à cet envoi.

Le 2 mai 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et informé le prestataire de soins que le dossier était à l'étude. Le 5 juin 2014, se référant aux documents transmis le 24 avril 2014 (DMST), elle a admis une heure par trimestre d'évaluations et conseils (20 minutes par mois), 6 heures par mois d'examens et traitements, et 12h30 par mois de soins de base. Elle a invité le prestataire de soins à produire l'évaluation des soins requis pour la période courant dès la mi-mai 2014, incluant le passage du soir pour les soins de base.

c) Le 10 juillet 2014, E. _____ a reçu un formulaire d'évaluation des prestations pour la période du 12 mai au 12 novembre 2014. Le document a été signé le 30 juin 2014 par le référent du service à domicile [...] et le 2 juillet 2014 par le Dr [...]. Il fait état de 6 heures d'évaluations et conseils par trimestre, de 2h20 par semaine, 10h10 par mois et 30h30 par trimestre d'examens et traitement, et de 5h35 par semaine, 24h05 par mois et 72h15 par trimestre de soins de base. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations était jointe à cet envoi.

Le 17 juillet 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et admis une heure par trimestre d'évaluations et conseils (20 minutes par mois), 6 heures par mois d'examens et traitements, et 15 heures de soins de base pour le mois de mai (pour autant que deux visites par jour aient été effectuées dès le 12 mai 2014). Elle admettait 17h30 de soins de base dès le 1^{er} juin 2014 (pour deux visites par jour). Elle invitait le prestataire de soins à produire un rapport détaillé sur les soins en cas de désaccord.

Le 2 octobre 2014, l'APROMAD s'est opposée à la prise de position d'E. _____ du 14 mars 2014, en exposant avoir apporté tous

les arguments nécessaires à prouver le besoin de prise en charge des heures prescrites sur le formulaire d'évaluation des prestations.

d) Le 13 novembre 2014, E. _____ a reçu un formulaire d'évaluation des prestations pour la période du 13 novembre 2014 au 12 mai 2015. Le document a été signé le 30 octobre 2014 par le référent du service à domicile [...] et le 6 novembre 2014 par le Dr [...]. Il fait état de six heures d'évaluations et conseils par trimestre, de 2h30 par semaine, 10h45 par mois et 32 heures 15 par trimestre d'examens et traitements, et de 3h30 par semaine, 15h15 par mois et 45h40 par trimestre de soins de base. Il n'est pas établi qu'une liste des prestations selon l'appendice 1 à l'annexe 3 de la convention spitex était jointe à cet envoi.

Le 18 novembre 2014, E. _____ a accusé réception de ce document et a admis la prise en charge d'une heure par trimestre d'évaluations et conseils (20 minutes par mois), de 6 heures par mois d'examens et traitements, et de 15h15 par mois de soins de base. Elle a invité le fournisseur de prestations à produire un rapport détaillé sur les soins en cas de désaccord.

e) Le 17 août 2015, l'APROMAD s'est opposée aux prises de position d'E. _____ des 17 juillet 2014 et 18 novembre 2014, en exposant avoir apporté tous les arguments nécessaires à prouver le besoin de prise en charge des heures prescrites sur les formulaires d'évaluation des prestations.

f) Pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2014, l'APROMAD a régulièrement facturé ses prestations à E. _____. Elle a facturé 1'216 fr. 10 pour le mois de janvier (facture du 12 février 2014), 1'138 fr. 15 pour le mois de février (facture du 11 mars 2014), 1'375 fr. 65 pour le mois de mars (facture du 9 avril 2014), 1'240 fr. 10 pour le mois d'avril (facture du 9 mai 2014), 1'819 fr. 20 pour le mois de mai (facture du 12 juin 2014), 1'947 fr. 20 pour le mois de juin (facture du 10 juillet 2014), 2'000 fr. pour le mois de juillet (facture du 12 août 2014), 1'310 fr. 90 pour le mois de d'août (facture du 9 septembre 2014), 1'321 fr. 20 pour le mois

de septembre (facture du 10 octobre 2014), 1'435 fr. 45 pour le mois d'octobre (facture du 13 novembre 2014), 1'339 fr. 20 pour le mois de novembre (facture du 9 décembre 2014) et 1'501 fr. pour le mois de décembre (facture du 13 janvier 2015).

Au total, les factures pour la période de janvier à décembre 2014 correspondent à un montant de 17'644 fr. 15. E._____ a démontré avoir payé partiellement ces factures, pour un montant total de 12'981 fr. 65, au plus tard en janvier 2015. Le solde est par conséquent de 4'662 fr. 50. L'APROMAD conclut au paiement de 4'559 fr. 15.

20. a) Il résulte du déroulement des faits, tel qu'exposé au considérant précédent, que les listes de prestations au sens de l'appendice à l'annexe 3 de la convention spitex n'ont souvent pas été produites, ou l'ont été tardivement. Par ailleurs, la défenderesse a demandé régulièrement que la documentation relative aux soins effectivement dispensés soit produite, et non pas seulement des évaluations des soins requis. La documentation produite par l'APROMAD était insuffisante pour permettre à l'assureur-maladie une vérification des critères d'adéquation, d'efficacité et d'économicité. Dans ces conditions, la défenderesse n'était pas tenue d'accepter sans autre les garanties de prises en charge demandées et les factures produites.

b) aa) L'expert estime que la documentation au dossier relative aux prestations d'évaluations et conseils (art. 7 al. 2 let. a OPAS) est insuffisante et ne permet pas de déterminer les prestations d'évaluations et conseils effectivement fournies et répondant aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Il précise néanmoins que dans la pratique, on admet, par trimestre ou par semestre (selon le degré de complexité de la situation), 60 minutes de réévaluation, 15 minutes pour un bilan de l'évolution de l'état de santé et 11 minutes pour consulter le médecin. Les prestations facturées par l'APROMAD n'excédant pas 75 minutes par semestre, on admettra qu'elles restent dans le cadre admissible. Elles représentent un montant total de 186 fr. 45 pour l'année 2014, que l'on admettra. On rendra toutefois l'APROMAD attentive à son

obligation de produire les documents requis conformément à l'art. 18 de la convention spitex et à l'annexe 6 à cette convention.

bb) En ce qui concerne les examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS), l'expert estime que la documentation au dossier n'est que partiellement suffisante. Il propose d'admettre 10 minutes par semaine pour la préparation du semainier, 15 minutes par mois pour le contrôle de santé ainsi que le contrôle du pouls et de la tension artérielle. Il propose en outre d'admettre 6 minutes par jour pour l'administration du traitement *per os* et 10 minutes pour l'administration du traitement sous-cutané. Il estime ainsi le temps nécessaire à 20 minutes par jour environ, 30 minutes pour la période avec deux passages par jour. Il ne précise pas si ces 20/30 minutes incluent les temps admis pour la préparation du semainier et pour les contrôles mensuels. On admettra 20 minutes par jour (30 minutes pour les périodes avec deux passages, lorsqu'elles peuvent être établies), en y ajoutant 10 minutes par semaine pour le semainier et 15 minutes par mois pour les contrôles mensuels.

Pour le mois de janvier 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de prestations pour un montant de 672 fr. 30 correspondant à 616.8 minutes d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de février 2014, l'APROMAD a facturé 28 jours de prestations pour un montant de 650 fr. 10 correspondant à 596.4 minutes d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de mars 2014, l'APROMAD a facturé 31 jours de prestations pour un montant de 719 fr. 40 correspondant à 11 heures d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois d'avril 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de prestations pour un montant de 621 fr. 30 correspondant à 9h30 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de mai 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de prestations pour un montant de 703 fr. 05 correspondant à 10h45 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de juin 2014, l'APROMAD a facturé 29 jours de prestations pour un montant de 604 fr. 95 correspondant à 9h15 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de juillet 2014, l'APROMAD a facturé 31 jours de prestations pour un montant de 670 fr. 35 correspondant à 10h15 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois d'août 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de prestations pour un montant de 719 fr. 40 correspondant à 11 heures d'examens et traitements. On admettra 655 minutes ($30 \times 20 + 4 \times 10 + 15$) pour un montant de 713 fr. 95, étant précisé qu'il n'est pas établi que deux passages par jour ont été nécessaires pendant cette période.

Pour le mois de septembre 2014, l'APROMAD a facturé 29 jours de prestations pour un montant de 675 fr. 80 correspondant à 10h20 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il

est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois d'octobre 2014, l'APROMAD a facturé 31 jours de prestations pour un montant de 746 fr. 65 correspondant à 11h25 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de novembre 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de prestations pour un montant de 670 fr. 35 correspondant à 10h15 d'examens et traitements. Le montant facturé sera admis, dès lors qu'il est compatible avec 20 minutes de soins par jour, plus 10 minutes hebdomadaires et 15 minutes mensuelles.

Pour le mois de décembre 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de prestations pour un montant de 768 fr. 45 correspondant à 11h45 d'examens et traitements. On admettra 655 minutes ($30 \times 20 + 15 + 4 \times 10$) pour un montant de 713 fr. 95, étant précisé qu'il n'est pas établi que deux passages par jour ont été nécessaires pendant cette période.

Au total, les montants facturés pour les prestations relevant de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS sont de 8'222 fr. 10. Les prestations admises sont de 8'162 fr. 15, soit une différence de 59 fr. 95.

cc) En ce qui concerne les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS), l'expert observe que la documentation au dossier n'est que partiellement suffisante. Il estime les soins nécessaires à 15 minutes de toilette intime trois fois par semaine et 40 minutes pour l'aide à la douche trois fois par semaine. On admettra donc un total de 180 minutes par semaine, ou 25.71 minutes par jour.

Pour les mois de mars, mai, juillet et octobre 2014, l'APROMAD a facturé 31 jours de soins de base, ce qui représente, pour chaque mois, 797.01 minutes facturables (25.71×31) pour un montant de 725 fr. 30

(797.01 / 60x54 fr. 60). La facture de mars sera donc admise (609 fr. 70), de même que celle d'octobre (668 fr. 85). Les factures de mai et juillet seront réduites à 725 fr. 30.

Pour les mois de janvier, avril, juin, septembre, novembre et décembre 2014, l'APROMAD a facturé 30 jours de soins de base, ce qui représente, pour chaque mois, 771.3 minutes facturables pour un montant de 701 fr. 90. Les factures de janvier (543 fr. 80), avril (618 fr. 80), septembre (618 fr. 80), novembre (668 fr. 85) et décembre (701 fr. 80) seront donc admises. La facture de juin sera réduite à 701 fr. 90.

Pour le mois d'août 2014, l'APROMAD a facturé 29 jours de soins de base, ce qui représente 745.59 minutes facturables pour un montant de 678 fr. 50. La facture de l'APROMAD sera admise (591 fr. 50).

Pour le mois de février 2014, l'APROMAD a facturé 27 jours de soins de base, ce qui représente 694.17 heures facturables pour un montant de 631 fr. 70. La facture de l'APROMAD sera admise (474 fr. 50).

Au total, les montants facturés pour les prestations relevant de l'art. 7a al. 2 let. c OPAS sont de 9'235 fr. 60. Les montants admis sont de 7'649 fr. 10, soit une différence de 1'586 fr. 50.

c) Pour l'ensemble des prestations (art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS) dispensées pendant la période litigieuse à M. V._____, le montant total de 15'997 fr. 70 doit être admis comme facturé de manière légitime. La différence entre ce montant et les montants effectivement facturés (17'644 fr. 15) par l'APROMAD est de 1'646 fr. 45. Au vu du solde des factures resté impayées (4'662 fr. 50; consid. 19 f) et des montants constatés ci-avant, la défenderesse sera condamnée au paiement de 3'016 fr. 05 (4'662 fr. 50 - 1'646 fr. 45).

21. a) Les demanderesses demandent le paiement d'intérêts moratoires, à un taux de 5 % l'an, dès la date d'échéance moyenne des

factures émises pour chacun des assurés concernés. Elles ne fondent cette conclusion que sur le caractère téméraire de l'attitude de la défenderesse. Or, comme on l'a vu, elles n'obtiennent finalement, en capital, qu'une partie de leurs conclusions en paiement. Il a par ailleurs été constaté que la documentation produite par les demanderessees était généralement insuffisante pour permettre à la défenderesse d'effectuer son travail de contrôle. Cela exclut de constater que la partie adverse aurait adopté une attitude chicanière ou téméraire qui pourrait justifier l'octroi d'intérêts moratoires, quand bien même certaines exigences de la défenderesse ont été jugées disproportionnées ou formulées de manière insuffisamment précise. Il n'y a donc pas lieu d'allouer les intérêts moratoires demandés.

Comme déjà relevé précédemment, on rendra attentive chacune des parties au fait qu'elle porte une part de responsabilité dans le litige. Les demanderessees doivent se montrer plus précises dans les évaluations de soins requis, les remettre en temps utile, datées et signées, avec une liste des prestations ; elles doivent également documenter les soins effectués, et non seulement les soins planifiés. La défenderesse doit pour sa part produire des garanties de prise en charge motivées et compréhensibles ; de toute évidence, les garanties reconnues sont généralement très insuffisantes. Lorsqu'un examen plus détaillé paraît nécessaire, il lui appartient soit de procéder par sondage sur des périodes limitées dans le temps, puis de se déterminer de manière précise, soit de veiller à disposer des ressources humaines nécessaires pour procéder à un examen sur des périodes plus longues, de manière à permettre ensuite des déterminations mieux structurées et plus compréhensibles. Les deux parties sont invitées à respecter la procédure mise en place par l'annexe 6 à la Convention spitex. Le présent jugement n'est un blanc-seing ni pour la pratique des institutions de soins à domicile concernées, ni pour celle de la défenderesse.

b) Les demanderessees ont conclu au paiement d'un montant en capital de 58'752 fr. 30 en faveur d'ASPMAD et d'un montant de 15'364 fr. 50 en faveur de l'APROMAD, soit un total de 74'116 fr. 80. Finalement, elles obtiennent la condamnation de la défenderesse au paiement d'un

montant en capital de 27'367 fr. 10 en faveur d'ASPMAD (1'840 fr. 80 + 2'803 fr. 30 + 15'531 fr. 35 + 2'167 fr. 20 + 5'024 fr. 45) et de 10'705 fr. en faveur d'APROMAD (7'688 fr. 95 + 3'016 fr. 05), ce qui représente un montant total de 38'072 fr. 10. Les frais de justice seront donc répartis par moitié entre les parties et il ne sera pas alloué de dépens, sous réserve de débours pour le remboursement de l'avance de frais effectuée par les demanderesses.

Les frais de justice seront fixés à 20'125 fr. et comprennent 7'125 fr. de frais d'expertise ainsi que 4'500 fr. d'honoraires pour chacun des arbitres assesseurs. Ils sont mis à la charge de la défenderesse, d'une part, à raison de 10'062 fr. 50, et de l'APROMAD et d'ASPMAD solidairement entre elles, d'autre part, à raison de 10'062 fr. 50. Ils sont intégralement compensés avec l'avance de frais effectuée par les demanderesses, de sorte qu'une indemnité de débours de 10'062 fr. 50 est mise à la charge de la défenderesse, en faveur des demanderesses.

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
p r o n o n c e :**

- I. La demande déposée par l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), dans la mesure où elle est recevable, et par APROMAD et ASPMAD est partiellement admise.
- II. La conclusion I prise par les demanderesses est rejetée.
- III. La conclusion IV prise par les demanderesses est partiellement admise, en ce sens que la défenderesse est condamnée au paiement, à APROMAD, d'un montant de 10'705 fr. (dix mille sept cent cinq francs).

IV. La conclusion VII prise par les demanderessees est partiellement admise, en ce sens que la défenderesse est condamnée au paiement, à ASPMAD, d'un montant de 27'367 fr. 10 (vingt-sept mille trois cent soixante-sept francs et dix centimes).

V. Les frais de justice sont fixés à 20'125 fr. (vingt mille cent vingt-cinq francs) et mis à la charge des demanderessees, solidairement entre elles, à raison de 10'062 fr. 50 (dix mille soixante-deux francs et cinquante centimes), et de la défenderesse, à raison de 10'062 fr. 50 (dix mille soixante-deux francs et cinquante centimes). Ils sont compensés avec l'avance de frais versée par les demanderessees.

VI. La défenderesse versera une indemnité de débours de 10'062 fr 50 (dix mille soixante-deux francs et cinquante centimes) aux demanderessees et il n'est pas alloué d'autre dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Subilia (pour ASSOCIATION VAUDOISE D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE [AVASAD] et consorts)
- Me Didier Elsig (pour E. _____),
- 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 :