

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 14 janvier 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Levesque et Villarejo, arbitres
Greffière : Mme Rochat

* * * * *

Cause pendante entre :

U. _____, à (...), demanderesse, représentée par M. Flavio Carbone,
responsable tarification auprès de l'Association vaudoise d'aide et de soins
à domicile, à Lausanne,

et

Q. _____, à (...), défenderesse.

Art. 24 et 25 LAMal; art. 7 ss OPAS

E n f a i t :

A. **a)** Feu F._____, né en [...], domicilié à [...], était affilié à Q.____ (ci-après : Q.____ ou la défenderesse) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Il a reçu des soins à domicile, notamment du 30 novembre 2014 au 13 mars 2016, dispensés par l'U.____ (ci-après: U.____ ou la demanderesse). Cette dernière est membre de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (ci-après: AVASAD).

b) Au début du mois de décembre 2014, U._____ a adressé à Q._____ un formulaire d'évaluation des soins requis («formulaire d'évaluation des prestations») au sens de l'art. 8 de l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 [OPAS; RS 832.112.31]), pour la période du 30 octobre 2014 au 28 janvier 2015. Le formulaire était signé par la référente à domicile P._____ et par le médecin traitant, le Dr K._____. Les prestations nécessaires pour l'assuré étaient évaluées à 5h45 par trimestre pour les évaluations et conseils au sens de l'art. 7 al. 2 lettre a OPAS. Le temps nécessaire pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS était estimé à 30 minutes par semaine, 2 heures par mois et 5h55 par trimestre. Enfin, le temps nécessaire pour les soins de base était estimé à 39h30 par semaine, 171h35 par mois et 514h45 par trimestre.

A réception de ce formulaire, Q._____ a déclaré, le 2 décembre 2014, faire provisoirement opposition à la prise en charge demandée et a requis « toute la documentation de soins et autres informations utiles (planification des soins, rapports sur le déroulement, planification thérapeutique, protocole de soins, etc.), conformément à l'art. 8 al. 5 de l'OPAS ». U._____ lui a communiqué un document intitulé « Synthèse Assurance », imprimé le 19 novembre 2014, dont il ressort notamment que l'assuré était divorcé et vivait seul dans un studio. Son ex-femme, plus jeune, habitait toutefois sur le même palier et était l'aidante principale. L'assuré avait également deux fils et une fille. Il était atteint

d'une maladie neurologique évolutive, entraînant des troubles de la marche, des problèmes d'équilibre, des mouvements ralentis et saccadés, par moments des blocages, une rigidité musculaire, des difficultés pour les mouvements fins des bras, une hypersalivation, et des troubles de la déglutition et de la parole. L'assuré était gêné par des mictions fréquentes et une incontinence, surtout la nuit. Il marchait dans son appartement avec un rollator, et se déplaçait à l'extérieur en fauteuil roulant. Il faisait lui-même ce qu'il pouvait en fonction de son état de santé, mais il fallait lui laisser le temps. Il recevait de l'aide du Centre médico-social quatre fois par jour pour les actes de la vie quotidienne, les soins d'hygiène, les repas et la surveillance relative à la prise des médicaments. Une infirmière passait une fois par semaine, de même qu'une aide ménagère. U. _____ a également communiqué un document intitulé « PI Assurance », imprimé le 19 novembre 2014, et listant les prestations d'évaluation et de conseil, de traitement et de soin prodigués à l'assuré, avec leur fréquence.

A réception de ces documents, Q. _____ a informé U. _____ de son intention de limiter sa prise en charge à 4 heures par mois d'évaluation et de conseil et 2h30 par mois d'examens et traitements pour la période du 13 novembre au 31 janvier 2015, ainsi que 82h30 par mois de soins de base pour novembre 2014 et 141h30 par mois de soins de base pour décembre 2014. Elle estimait que les indications en sa possession étaient insuffisantes pour expliquer la totalité des heures d'évaluations et conseils demandées. Par ailleurs, s'agissant des soins de base, Q. _____ estimait que la préparation des repas et la présence n'étaient pas des soins à la charge de l'assurance obligatoire. En outre, les temps pour les soins qui étaient effectués par un seul soignant (donner les médicaments, aider à boire, mettre et enlever les bas de compression) ne pouvaient pas être facturés à double. La lettre était datée du 21 janvier 2015 et signée par X. _____, infirmière-conseil, et L. _____, assistante infirmière-conseil.

c) Par la suite, U. _____ a adressé de nouvelles évaluations des prestations à Q. _____. Elle lui a ainsi fait parvenir une évaluation signée par la référente à domicile P. _____ et, le 10 mars 2015, par le Dr

K._____, faisant état d'un besoin de 3h30 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 40 minutes par semaine, 2h50 par mois et 8h25 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 33h20 par semaine, 144h40 par mois et 433h55 par trimestre pour les soins de base, pour la période du 28 janvier au 28 avril 2015.

Q._____ a répondu le 23 mars 2015 qu'elle limiterait sa prise en charge à 4 heures par mois pour les évaluations et conseils, 2h30 par mois pour les examens et traitements, et 141h30 par mois pour les soins de base.

d) U._____ a communiqué à Q._____ une évaluation signée par la référente à domicile P._____ et, le 24 avril 2015, par le Dr K._____, faisant état de 5h25 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 35 minutes par semaine, 2h35 par mois et 7h40 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 48h10 par semaine, 209h05 par mois et 627h15 par trimestre pour les soins de base, pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015.

Le 4 mai 2015, Q._____ a fait provisoirement opposition à la demande de prise en charge et a demandé la production de « toute la documentation de soins et autres informations utiles (planification des soins, rapports sur le déroulement, planification thérapeutique, protocole de soins, etc.), conformément à l'art. 8 al. 5 de l'OPAS ». Le 1^{er} juin 2015, U._____ lui a fait parvenir une « Synthèse Assurance », imprimée le 21 avril 2015, et une liste des prestations (« PI Assurance »), imprimée le 21 avril 2015.

A réception de ces documents, Q._____ a limité ses prestations pour la période du 1^{er} mai au 31 juillet 2015 à 2h30 par mois pour les évaluations et conseils, 2h35 par mois pour les examens et traitements et 141h30 par mois pour les soins de base. La motivation de la limitation de prise en charge était identique à celle du 21 janvier 2015

(lettre du 8 juillet 2015, signée par X._____, infirmière conseil, et L._____, assistante infirmière-conseil).

Q._____ a par ailleurs adressé un formulaire au Dr K._____, à propos de l'évaluation des soins pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015. Celui-ci a répondu le 18 août 2015. A la question de savoir si des raisons médicales s'opposaient à un séjour dans une institution pour soins de longue durée, il a répondu que « le réseau actuel répond[ait] au confort du patient pour son maintien à domicile ». Il a ajouté : « Cette question me semble plutôt d'ordre économique que médical...Laissez-vous encore le choix au patient ?! ».

e) Pour la période du 8 juillet au 7 octobre 2015, un formulaire d'évaluation signé par la référente à domicile P._____ et, le 17 juillet 2015 par le Dr K._____, faisait état de 8h00 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 35 minutes par semaine, 2h35 par mois et 7h40 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 49h10 par semaine, 213h30 par mois et 640h30 par trimestre pour les soins de base.

Le 30 septembre 2015, Q._____ a limité ses prestations pour cette période à 3 heures par mois d'évaluations et conseils, 2h50 par mois d'examens et traitements, et 145 heures par mois de soins de base, toujours avec la même motivation que précédemment.

f) Pour la période du 8 octobre 2015 au 6 janvier 2016, un formulaire d'évaluation signé par la référente à domicile P._____ et, le 29 décembre 2015, par le Dr K._____, faisait état de 8h50 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 50 minutes par semaine, 3h25 par mois et 10h10 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 22h50 par semaine, 99h15 par mois et 297h40 par trimestre pour les soins de base.

Pour la période du 7 janvier au 6 avril 2016, un formulaire d'évaluation signé par la référente à domicile P._____ et, le 21 janvier

2016, par le DrK._____, faisait état de 8h40 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 40 minutes par semaine, 2h40 par mois et 7h55 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 40h50 par semaine et 531h55 par trimestre pour les soins de base (l'indication mensuelle n'étant pas lisible).

Enfin, pour la période du 29 février au 27 mai 2016, un formulaire d'évaluation signé par la référente à domicile P._____ et, le 8 mars 2016, par le Dr K._____, faisait état de 13h35 par trimestre pour l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, 45 minutes par semaine, 3h15 par mois et 9h40 par trimestre pour les examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et 36h30 par semaine, 158h20 par mois et 475 heures par trimestre pour les soins de base.

Le 14 avril 2016, à la demande d'Q._____, U._____ lui a fait parvenir deux documents intitulés « Synthèse Assurance » et imprimés les 15 janvier et 1^{er} mars 2016, ainsi que deux listes des prestations (« PI Assurance ») imprimées les 15 janvier et 1^{er} mars 2016.

Le 27 avril 2016, Q._____ a limité la prise en charge des prestations, pour la période du 1^{er} décembre 2015 au 13 mars 2016, à 4 heures par mois pour les évaluations et conseils, 4 heures par mois pour les examens et traitements, et 150 heures par mois pour les soins de base.

Le 14 novembre 2016, à la demande d'Q._____, U._____ lui a fait parvenir un document listant les observations quotidiennes lors des soins prodigués au patient.

B. a) Le 1^{er} novembre 2018, U._____, représentée par Flavio Carbone, responsable tarification auprès de l'AVASAD, a saisi le Tribunal arbitral des assurances d'une demande tendant au paiement, par Q._____, de « la contribution prévue à l'art. 25a al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.1), à l'ensemble des prestations au sens de l'art. 7 OPAS qui lui ont été facturées [...] au nom

de son assuré feu F. _____ ». Elle a déposé diverses pièces en annexe à sa demande.

Le 18 octobre 2017, le Président du Tribunal arbitral des assurances a informé la demanderesse du fait que sa demande paraissait irrecevable dans la mesure où elle semblait porter sur la constatation du fait que la défenderesse devait prendre en charge un certain nombre d'heures de soins par mois, alors que des conclusions condamnatoires pouvaient être prises. Il a invité la demanderesse à présenter des conclusions condamnatoires en précisant quels montants avaient été facturés, quels montants avaient été payés et quel était le solde dont le paiement était encore requis.

Le 24 octobre 2017, U. _____ a conclu au paiement d'un montant total de 32'532 fr. 60 correspondant au solde impayé des factures pour les mois de novembre 2014, décembre 2014, janvier 2015, mars 2015, avril 2015, mai 2015, juin 2015, juillet 2015, août 2015, décembre 2015, janvier 2016, février 2016 et mars 2016. Elle a détaillé les montants facturés pour chacune de ces périodes, ceux acquittés par Q. _____ et le solde encore exigé en paiement. Elle a également produit les factures en question. Il sera revenu ultérieurement, dans la partie « En droit », mois par mois, sur le détail des prestations facturées et des prestations payées par Q. _____ ou dont cette dernière a refusé la prise en charge.

Q. _____ s'est déterminée le 25 janvier 2018 en concluant au rejet de la demande, sous suite de frais. Il sera revenu ultérieurement, dans la partie « En droit », sur son argumentation.

b) Le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation le 8 mars 2018, en vain.

c) Les parties se sont encore déterminées les 1^{er} novembre 2018 et 8 février 2019, pour la demanderesse, et le 8 janvier 2019, pour la défenderesse. Chacune des parties a maintenu ses conclusions.

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, si le débiteur de la rémunération est l'assuré ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (al. 3). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (al. 4).

b) Dans le canton de Vaud, le Tribunal arbitral des assurances est rattaché à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 36 al. 2 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; 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 ss 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 LPA-VD).

c) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur la demande déposée le 16 octobre 2017 et complétée le 24 octobre 2017. La demande n'a pas été déposée dans les formes requises pour la procédure civile ordinaire, mais on peut néanmoins admettre, au vu de la nature du litige, ainsi que de l'exigence de simplicité de la procédure, qu'elle est recevable. Il en va de même de la réponse de l'intimée. Cela étant, il convient de préciser que le Tribunal arbitral n'examinera pas d'office toutes les hypothèses de fait ni tous les arguments juridiques envisageables à l'appui des conclusions de l'une ou l'autre des parties ; il se limitera aux faits allégués et arguments soulevés et, à défaut, n'examinera d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier.

2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au paiement des prestations à domicile qu'elle a facturées pour les mois de novembre et décembre 2014, janvier 2015, mars à août 2015 et décembre 2015 à mars 2016. Il n'est pas contesté qu'elle est en droit de facturer directement ses prestations à la défenderesse conformément au système du tiers payant prévu par la convention administrative qui lie les parties (art. 9 al. 1 de la Convention administrative entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, l'association Spitex Privée Suisse, d'une part, et santésuisse, d'autre part, pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2015 ; art. 9 al. 1 de la Convention administrative entre

l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, l'association Spitex Privée Suisse, d'une part, et Q._____ et al., [...] et al., et [...], d'autre part, concernant la rémunération des prestations de l'Aide et des soins à domicile, pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2016).

3. a) D'après l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Selon l'art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal, ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. Conformément à l'art. 25a al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins verse une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire à domicile, mais également dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations mentionnées à l'art. 25 al. 2 LAMal qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Selon l'art. 25a al. 3 LAMal, il désigne les soins mentionnés à l'art. 25a al. 1 LAMal et fixe la procédure d'évaluation des soins requis. Il fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins (art. 25a al. 4 LAMal).

b) Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de définir les prestations visées aux art. 25 al. 2 et 25a al. 1 LAMal qui ne sont pas fournies par les médecins et les chiropraticiens (art. 33 al. 2 de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102 [OAMal]). En se fondant sur cette délégation, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 7 ss OPAS. Il a notamment ordonné que l'assurance obligatoire des soins prenne en charge les soins dispensés ambulatoirement par des infirmiers et infirmières, des organisations d'aide et de soins à domicile et des établissements médicaux sociaux (art. 7 al. 1 OPAS), en particulier l'évaluation, les conseils et la coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS), les

examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS) ainsi que les soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS). Pour les infirmiers et infirmières, ainsi que pour les organisations de soins à domicile, le tarif horaire était, en 2016, de 79 fr. 80 pour les prestations mentionnées à l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, de 65 fr. 40 pour les prestations visées à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, et de 54 fr. 60 pour les prestations visées à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (art. 7a al. 1 OPAS). Le remboursement est effectué par unité de temps de 5 minutes, mais au moins 10 minutes sont remboursées (art. 7a al. 2 OPAS, dans sa teneur en vigueur à l'époque).

c) La prescription ou le mandat médical détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile (art. 8 al. 1 OPAS, dans sa teneur en vigueur 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 ss 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, arrêt 9C_912/2017 du 6 décembre 2018 ; TF, arrêt 9C_1/2018 du 16 octobre 2018 consid. 4.2.2.2 ; TF, arrêt 9C_528/2012 du 20 juillet 2013 consid. 4 ; TF arrêt 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 60 heures de soins par trimestre. Ils peuvent être examinés par sondages lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre. On ne peut toutefois pas déduire de cette disposition que l'appréciation du médecin-conseil prévaudrait de manière générale. Lorsqu'elle ne repose pas sur une évaluation personnelle préalable de l'état de santé de la personne assurée, mais simplement sur des valeurs standards, cette appréciation n'est en principe pas suffisante pour remettre en cause celle du médecin traitant, qui est mieux informé de l'état de santé de son patient et de l'évolution de cet état de santé (TF, arrêts 9C_912/2017 et 9C_365/2012 cités).

5. a) Pour la période du 13 au 30 novembre 2014, U._____ a facturé 6h25 (385 minutes) d'évaluations et conseils, 1h55 (115 minutes) d'exams et traitements, et 113h35 (6815 minutes) de soins de base, pour un montant total de 6'839 fr. 05. Q._____ a payé 4 heures d'évaluations et conseils, 1h55 de soins et traitements et 82h30 de soins de base, pour un montant total de 4949 fr. 05, laissant un solde impayé de 1'890 francs.

b) L'évaluation des soins pour la période du 30 octobre 2014 au 28 janvier 2015, signées par la référente à domicile et par le médecin traitant prévoyait 5h45 par trimestre (345 minutes), soit 115 minutes par mois pour les évaluations et conseils. Le 21 janvier 2015, la défenderesse a objecté à l'évaluations des soins signée par la référente à domicile et par le médecin traitant que les documents en sa possession ne justifiaient pas la totalité des temps prévus pour les évaluations et conseils. Cette simple affirmation est dépourvue de toute motivation et n'est pas signée par un médecin. Elle est insuffisante pour remettre en cause les appréciations du prestataire de soins et du médecin traitant. Cela étant, les heures facturées par la demanderesse pour le mois de novembre 2014 dépassent très largement cette évaluation des soins, sans que la demanderesse expose en procédure ce qui justifierait ce dépassement. La défenderesse ayant admis davantage d'heures que cette évaluation, puisqu'elle a payé 240 minutes en novembre 2014, il n'y a aucun motif de la condamner à payer davantage pour cette période. On observera dans ce contexte que vérification faite d'office, une prise en considération des évaluations et conseils par trimestre, avec une comparaison avec les évaluations des soins requis par trimestre - et non par mois -, serait certes légèrement plus favorable à la demanderesse pour les mois de novembre 2014, décembre 2014 et janvier 2015, mais qu'elle lui serait globalement défavorable sur l'ensemble de la période de novembre 2014 à mars 2016.

Vu ce qui précède, la défenderesse a limité à juste titre sa prise en charge des évaluations et conseils pour le mois de novembre 2014 à 240 minutes au lieu de 385 minutes. Elle était en droit de limiter son paiement pour ces prestations à **319 fr. 20** (240 / 60 x 79 fr. 80) et de refuser le paiement d'un montant supplémentaire de 192 fr. 85 facturé à tort par la demanderesse.

c) Tous les examens et traitement facturés par la demanderesse pour le mois de novembre 2014 (**125 fr. 35**) ont été payés par la défenderesse. Il n'y a pas de litige sur ce point.

d) aa) En ce qui concerne les soins de base, la défenderesse a refusé de prendre en charge une partie des heures prévues par les évaluations des soins au motif que celles-ci comprenaient la préparation des repas, et que par ailleurs, les temps pour les soins effectués par un seul soignant ne pouvaient pas être facturés à double. En cours de procédure devant le Tribunal arbitral des assurances, elle s'est référée à des « Synthèses Assurance » et des descriptions des soins appliqués, certes pour d'autres périodes litigieuses, pour souligner que la défenderesse avait régulièrement facturé à double, pour deux soignants, des soins qui pouvaient en réalité être effectués par un seul soignant, et qu'elle avait facturé des prestations qui n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins (préparation des repas, de cafés, présence pendant le repas). La défenderesse a exposé que l'assurance obligatoire des soins devait prendre en charge l'aide nécessaire pour couper les aliments si l'assuré n'en était pas capable, mais qu'elle n'avait en revanche pas à prendre en charge la préparation du repas, sa présentation, ou l'accompagnement pendant le repas. Elle se réfère sur ce point à un ATF 136 V 172, dont elle souligne qu'il précise, à son considérant 5.3.3, que l'assistance dont la personne assurée a besoin pour que les aliments lui soient servis et lui parviennent - préparation et cuisson des aliments, mais aussi présentation et service des plats - ne fait pas partie des soins de base mais relève de l'aide à domicile. La défenderesse ajoute pour le surplus s'être référée aux temps standards prévus par le catalogue RAI-HC pour diverses prestations, car « rien dans le descriptif des soins ne justifiait un temps supplémentaire au temps standard ».

bb) Pour la période litigieuse, l'évaluation des soins requis par la référente à domicile et le médecin traitant fait état de 39h30 par semaines (2370 minutes) à consacrer aux soins de base, soit 6094 minutes pour 18 jours (du 13 au 30 novembre). La demanderesse a facturé 113h35, soit 6815 minutes, sans donner en procédure d'explication plausible à ce dépassement d'une douzaine d'heures sur 18 jours.

cc) La défenderesse oppose pour sa part à l'appréciation du médecin-traitant sa propre évaluation des soins requis, sur la base d'une échelle standardisée. Cette nouvelle évaluation n'est signée par aucun médecin. Elle ne repose pas sur une appréciation concrète et personnalisée du besoin de soin. La seule référence au catalogue RAI-HC avec la mention que « rien dans le descriptif des soins ne justifie un temps supplémentaire » n'est pas suffisante à cet égard. Il est en effet tout à fait vraisemblable au vu des pièces au dossier, et contrairement à ce que soutient la défenderesse, que l'assuré concerné nécessitait le concours de deux soignants pour une très grande partie des soins prodigués, d'une part, et que son état de santé ne permettait pas de le laisser manger seul sans surveillance, en raison de ses difficultés de déglutition et d'un risque de fausse route. Le concours d'un prestataire de soins était en outre nécessaire pour la préparation de boissons comprenant un épaississant. Le document « Synthèse Assurance » imprimé le 19 novembre 2014 fait expressément état de troubles de la déglutition et de la nécessité de l'aider à porter la nourriture à sa bouche lorsqu'il est trop fatigué. Cette aide correspond à un soin de base (art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS : « aider le patient [...] à s'alimenter »). Ce même document fait également état, à plusieurs reprises, de la nécessité de deux soignants pour diverses prestations, notamment la toilette au lit, contrairement à ce que soutient la défenderesse notamment dans son écriture du 8 janvier 2019, p. 3 (« Toilette intime au lit ou au lavabo : si M. est souillé avec selles, préférable de le nettoyer au lit, autrement le nettoyer en position debout. M. se tient au rollator, 1 personne pour sécuriser et l'autre pour le nettoyer » ; « toilette complète au lit : Lui demander de se tenir à la potence et l'aider à s'asseoir au bord du lit, 1 personne reste pour le soutenir, M. a tendance à basculer à droite et gauche, l'autre personne lui lave le dos, les bras et le torse ». Quant aux doutes émis par la défenderesse relativement aux difficultés de mobilisation de l'assuré, au motif qu'elles n'apparaîtraient pas dans les observations (mémoire du 8 janvier 2019, p. 2), ils sont tout simplement déplacés au regard des diagnostics posés et des nombreuses descriptions au dossier relatives aux difficultés de l'assuré à se mobiliser (voir par exemple les troubles de la marche et problèmes d'équilibre, les mouvements ralentis et saccadés, les

blocages occasionnels, la rigidité musculaire et les difficultés dans les mouvements fins des bras, décrits dans le document « Synthèse Assurance » imprimé le 19 novembre 2014).

dd) Au vu de ce qui précède, il convient de s'en tenir à l'évaluation des soins requis par la référente à domicile et le médecin traitant, dont rien ne permet d'admettre qu'elle comprenait de manière indue un temps de préparation de repas ou de café, ni un temps d'attente par un second soignant. Sur ce point, on observera que par rapport à cette évaluation, la douzaine d'heures facturée en plus par la défenderesse de même que les heures supplémentaires découlant du formulaire « PI Assurance » du 19 novembre 2014 – dont on admettra qu'il manque de précision quant au temps consacré pour les soins à un soignant et ceux à deux soignants –, peuvent correspondre à la préparation de repas ou à des temps d'attente par un second soignant, qui n'auraient pas été admis par le médecin traitant. La facturation de ces dépassements par rapport à l'évaluation des soins requis ne peut pas être admise.

Il s'ensuit que la demanderesse était en droit de facturer non pas 6815 minutes pour les soins de base en novembre 2014, mais 6094 minutes (cf. consid. 5d/bb), soit **5'545 fr. 54** (6049 / 60 x 54 fr. 60). La défenderesse est en droit de refuser le paiement d'un paiement supplémentaire de 656 fr. 11 facturé par la demanderesse.

6. a) Pour le mois de décembre 2014, U._____ a facturé 1h55 d'évaluations et conseils, 3h20 (200 minutes) d'examens et traitements, et 201h30 (12090 minutes) de soins de base, pour un montant total de 11'372 fr. 85. Q._____ a payé 1h55 d'évaluations et conseils, 2h30 (150 minutes) d'examens et traitements, et 141h30 (8490 minutes) de soins de base, pour un montant total de 8'042 fr. 35, laissant un solde impayé de 3'330 fr. 50.

b) En ce qui concerne les évaluations et conseils, la défenderesse a payé les heures facturées par la demanderesse (**79 fr. 80**). Il n'y a pas de litige sur ce point pour le mois de décembre.

c) L'évaluation des soins pour la période du 30 octobre 2014 au 28 janvier 2015, signées par la référente à domicile et par le médecin traitant prévoyait 2 heures (120 minutes) par mois pour les examens et traitements. La demanderesse a largement dépassé cette évaluation, sans fournir aucune explication plausible dans ses écritures. Si l'on se réfère au document « PI Assurance » imprimé le 19 novembre 2014, les examens et traitements décrits correspondent à 140 minutes par mois (35 minutes par semaine). La défenderesse a admis le paiement de 150 minutes, pour un montant de **163 fr. 50** (150 / 60 x 65 fr. 40). Il n'y a aucun motif de la condamner à prendre davantage en charge et la demande portant sur le solde facturé pour ce poste (54 fr. 50) sera rejetée.

d) En ce qui concerne, enfin, les soins de base prodigués en décembre 2014, on se référera, comme pour le mois de novembre 2014, et pour les mêmes motifs, à l'évaluation des soins requis. Pour 31 jours, celle-ci fait état de 10'496 minutes de soins (2370 minutes par semaine / 7 x 31), ce qui représente **9'531 fr. 36** (10496 / 60 x 54 fr. 60). La défenderesse est en droit de refuser le paiement du solde facturé pour ce poste (1'450 fr. 54).

7. a) Pour le mois de janvier 2015, U._____ a facturé 1 heure d'évaluations et conseils, 2h05 d'examens et traitements, 190 heures (11400 minutes) de soins de base, pour un montant total de 10590 fr. 05. Q._____ a payé 1 heure d'évaluations et conseils, 2h05 d'examens et traitements, et 141h30 (8490 minutes) de soins de base, pour un montant total de 7941 fr. 95, laissant un solde impayé de 2648 fr. 10.

b) Les évaluations et conseils facturés par la demanderesse en janvier 2015 ont été payés (**79 fr. 80**), de même que les examens et traitements (**136.25**). Il n'y a pas de litige sur ces deux types de prestations.

c) En ce qui concerne les soins de base, l'évaluation des soins requis pour la période courant jusqu'au 27 janvier 2015 fait état de 2370 minutes par semaine, soit 9480 minutes pour 27 jours. L'évaluation des

soins requis pour la période du 28 janvier au 28 avril 2015 fait ensuite état de 33h20 par semaine (2000 minutes), ce qui représente 1143 minutes du 28 au 31 janvier 2015. Le total des soins de base requis pour le mois de janvier 2015 est ainsi de 10623 minutes. En l'absence de toute argumentation justifiant un dépassement de cette évaluation dans les écritures de la demanderesse, et compte tenu de ce qui a été exposé au considérant 5d ci-avant, il convient de s'y référer et d'admettre les prétentions de la demanderesse à hauteur de **9'666 fr. 93**. Sa demande pour le solde de 707 fr. 07 est infondée.

8. **a)** Pour le mois de mars 2015, U. _____ a facturé 50 minutes d'évaluations et conseils, 3h40 d'examens et traitements (220 minutes) et 210 h00 de soins de base (12'600 minutes), pour un montant total de 11'772 fr. 30. Q. _____ a payé 50 minutes d'évaluations et conseils, 2h30 d'examens et traitements et 141h30 de soins de base, pour un total de 7955 fr. 85, laissant un solde impayé de 3816 fr. 45.

b) Il n'y a pas de litige sur la facturation des évaluations et conseils, Q. _____ ayant acquitté le montant demandé pour ce poste (**66 fr. 50**).

c) L'évaluation des soins requis pour la période du 28 janvier au 28 avril 2015 fait état de 2h50 (170 minutes) par mois d'examens et traitements. En l'absence d'argument justifiant d'y déroger, soulevé par les parties pendant la procédure, il convient de s'y référer. La demanderesse, en particulier, n'a fourni aucune explication sur les raisons d'une facturation de 220 minutes d'examens et traitements au lieu des 170 minutes prévues. On admettra donc la facturation de **185 fr. 30** pour les examens et traitement en mars 2015 (170 / 60 x 65 fr. 40). Le solde facturé ne peut être admis (54 fr. 50).

d) L'évaluation des soins requis fait état de 8857 minutes de soins de base pour 31 jours (2000 minutes par semaine / 7 x 31). On s'y référera pour les motifs déjà évoqués (consid. 5d), la demanderesse n'ayant présenté aucune raison particulière d'y déroger pour le mois de

mars. Il s'ensuit que la facturation d'un montant de **8'059 fr. 87** sera admise (8857 / 60 x 54 fr. 60), le solde étant rejeté (3'406 fr. 13).

9. **a)** Pour le mois d'avril 2015, U._____ a facturé 2h10 (130 minutes) d'évaluations et conseils, 3h05 (185 minutes) d'examens et traitements et 198h45 de soins de base (11925 minutes), pour un montant total de 11'226 fr. 30. Q._____ a payé 2h10 d'évaluations et conseils, 2h30 d'examens et traitements et 141h30 de soins de base, pour un total de 8062 fr. 25, laissant un solde impayé de 3164 fr. 05.

b) Il n'y a pas de litige relatif aux prestations d'évaluation et conseils, la défenderesse ayant intégralement acquitté ce poste de la facture pour le mois d'avril 2015 (**172 fr. 90**).

c) L'évaluation des soins requis fait état de 2h50 (170 minutes) par mois d'examens et traitements. En l'absence d'argument justifiant d'y déroger, soulevé par les parties pendant la procédure, il convient de s'y référer. La demanderesse, en particulier, n'a fourni aucune explication sur les raisons d'une facturation de 185 minutes d'examens et traitements au lieu des 170 minutes prévues. On admettra donc la facturation de **185 fr. 30** pour les examens et traitement en avril 2015 (170 / 60 x 65 fr. 40). Le solde facturé ne peut être admis (16 fr. 35).

d) L'évaluation des soins requis pour la période du 28 janvier au 28 avril 2015 fait état de 2000 minutes par semaine de soins de base, soit 8000 minutes pour les 28 jours du 1^{er} au 28 avril 2015 (2000 / 7 x 28). L'évaluation des soins requis pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015 fait quant à elle état de 48h10 par semaine (2890 minutes) à consacrer aux soins de base. Cela correspond à 826 minutes pour les deux jours du 29 au 30 avril 2020 (2890 / 7 x 2). Au total, sont admissibles 8826 minutes pour les soins de bases entre le 1^{er} et le 30 avril 2015, selon ces évaluations des soins requis. Il n'y a pas de motif d'y déroger. Cela correspond à un montant facturable de **8'031 fr. 66**, le solde (2820 fr. 09) ayant été facturé à tort. Il n'y a pas lieu de déroger à l'évaluation des soins requis en l'absence d'argumentations particulière des parties

relative au mois d'avril 2014, et pour les motifs déjà exposés au consid. 5d.

10. a) Pour le mois de mai 2015, U._____ a facturé 3h40 (220 minutes) d'évaluations et conseils, 1h45 (105 minutes) d'examens et traitements et 208h25 de soins de base (12505 minutes), pour un montant total de 11'786 fr. 60. Q._____ a payé 2h30 d'évaluations et conseils, 1h45 d'examens et traitements et 141h30 de soins de base, pour un total de 8039 fr. 85, laissant un solde impayé de 3746 fr. 75.

b) L'évaluation des soins requis pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015 fait état de 5h25 d'évaluations et conseils par trimestres (325 minutes), soit 108 minutes par mois. En l'absence de toute explication de la demanderesse sur les raisons pour lesquelles et elle a facturé largement plus de prestations de ce type en mai 2015, il n'y a pas lieu de condamner la demanderesse à payer davantage que ce qu'elle a déjà admis, soit 150 minutes correspondant à un montant de **199 fr. 50**. Le solde de 119 fr. 70 n'est pas dû. On rappellera, dans ce contexte, qu'une prise en considération des évaluations et conseils facturés par trimestre ne serait pas plus avantageuse pour la demanderesse (cf. consid. 5b).

c) Il n'y a pas de litige sur les examens et traitements facturés en mai 2015, pour un montant de **144 fr. 45** payé par la défenderesse.

d) L'évaluation des soins requis pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015 fait état de 48h10 de soins de base par semaine (2890 minutes), soit un total de 12799 minutes pour la période du 1^{er} au 31 mai 2015 (2890 / 7 x 31). La demanderesse est restée dans ce cadre temporel en facturant 12505 minutes de soins de base, qu'il convient par conséquent d'admettre, pour un montant de **11'379 fr. 55**.

Dans ce contexte, on observera que la défenderesse a adressé au Dr K._____, en août 2015, un questionnaire relatif à l'évaluation des soins pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015. Elle l'a notamment interpellé sur les raisons médicales qui s'opposeraient éventuellement à

un séjour du patient dans une institution pour soins de longue durée. Le Dr K._____ a répondu que le réseau actuel répondait au confort du patient pour son maintien à domicile et que la question de l'assureur semblait plutôt d'ordre économique que médical. Il lui a, d'une certaine manière, retourné la question en lui demandant dans quelle mesure elle était encore prête à laisser le choix au patient. Cet échange est à mettre en relation avec la comparaison faite par la défenderesse, dans son mémoire-réponse, entre les coûts d'un séjour dans un établissement de longue durée, qui seraient selon elle de 3'348 fr. pour 31 jours et les prestations facturées par la demanderesse. Il n'est toutefois pas possible de procéder à une telle comparaison, les équipements, les bases tarifaires et les sources de financement des soins n'étant pas les mêmes. Tout au plus peut-on s'interroger sur le point de savoir si la défenderesse aurait pu, ou dû, à l'un des stades de la prise en charge de l'assuré, refuser de financer les soins à domicile et exiger qu'il séjourne dans un établissement de longue durée, pour des motifs d'économicité. C'était l'objet de la question que lui retournait le Dr K._____. N'ayant pas procédé à cet examen, qui aurait impliqué, en cas de réponse positive, de notifier à l'assuré une décision de refus de prestations, Q._____ ne peut aujourd'hui exiger de la demanderesse qu'elle renonce à facturer ce qui excéderait le coût d'un séjour de longue durée en établissement médico-social. Q._____ ne peut pas davantage exiger de la demanderesse qu'elle se limite à facturer ses prestations selon des estimations de temps standardisées, alors qu'elle était en charge d'un cas lourd dont le médecin traitant admettait, mois après mois, que le temps de soins requis excédait ces estimations standardisées.

11. a) Pour le mois de juin 2015, U._____ a facturé 15 minutes d'évaluations et conseils, 2h20 (140 minutes) d'examens et traitements et 199h45 de soins de base (11985 minutes), pour un montant total de 11078 fr. 90. Q._____ a payé 15 minutes d'évaluations et conseils, 2h20 d'examens et traitements, et 141h30 de soins de base, pour un total de 7898 fr. 45, laissant un solde impayé de 3'180 fr. 45.

b) Il n'y a pas de litige sur la facturation des évaluations et conseils (**19 fr. 95**), ni sur celle des examens et traitements (**152 fr. 60**), la défenderesse ayant intégralement acquitté les montants facturés.

c) En ce qui concerne les soins de base, les heures facturées par la demanderesse restent dans le cadre temporel défini par l'évaluation des soins requis pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015. Il n'y a pas de motif de s'en écarter, de sorte que la facture de la demanderesse doit être admise (**10906 fr. 35**).

12. **a)** Pour le mois de juillet 2015, U. _____ a facturé 40 minutes d'évaluations et conseils, 2h50 (170 minutes) d'examens et traitements et 209h50 de soins de base (12590 minutes), pour un montant total de 11695 fr.40. Q. _____ a payé 40 minutes d'évaluations et conseils, 2h50 d'examens et traitements et 145 heures de soins de base, pour un total de 8155 fr. 50, laissant un solde impayé de 3539 fr. 90.

On peut ajouter aux soins de base de juillet 55 minutes supplémentaires facturées par la demanderesse avec le mois d'août 2015 (facture no 35080220120).

b) Il n'y a pas de litige sur la facturation des évaluations et conseils (**53 fr.20**) ni sur celle des examens et traitements (**185 fr. 30**), la défenderesse ayant intégralement acquitté les montants facturés.

c) En ce qui concerne les soins de base, les heures facturées par la demanderesse, y compris celles facturées pour les 20 et 21 juillet avec le mois d'août, restent dans le cadre temporel défini par l'évaluation des soins requis pour la période du 29 avril au 28 juillet 2015 (48h10 par semaine), et par celle pour la période du 8 juillet au 7 octobre 2015 (49h10 par semaine). Il n'y a pas de motif de s'en écarter, de sorte que la facture de la demanderesse doit être admise (**11'456 fr. 90**).

13. **a)** Pour le mois d'août 2015, U. _____ a facturé 35 minutes d'évaluations et conseils, 4h15 (255 minutes) d'examens et traitements et

211h35 de soins de base (12645 minutes). Elle a également facturé, avec le mois d'août, 55 minutes de soins de base dispensés en juillet, pour un montant total fQ._____ a payé 35 minutes d'évaluations et conseils, 2h50 d'examens et traitements et 145 heures de soins de base, pour un total de 8148 fr. 80, laissant un solde impayé de 3778 fr. 20.

b) Les évaluations et conseils facturés ne sont pas litigieux, Q._____ les ayant réglés intégralement (**46 fr. 55**).

c) Les examens et traitements facturés en août 2015 excèdent ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis pour la période du 8 juillet au 7 octobre 2015 (2h35, ou 155 minutes, par mois). La défenderesse a admis légèrement plus, soit 170 minutes, sans que la demanderesse expose ce qui justifierait une facturation supplémentaire. Il n'y a donc pas lieu de condamner la défenderesse au paiement d'un montant plus élevé que les **185 fr. 30** qu'elle a déjà acquittés (170 / 60 x 65 fr. 40). Elle n'est pas tenue de payer le solde exigé par la demanderesse pour ce poste (92 fr. 65).

d) En ce qui concerne les soins de base, les heures facturées restent dans le cadre temporel défini par l'évaluation des soins requis. En l'absence d'argumentation de la défenderesse justifiant de s'en écarter pour le mois d'août, et compte tenu de ce qui a déjà été exposé au consid. 5d, il convient d'admettre la facturation de la demanderesse pour les soins de bases (**11'602 fr. 50**).

14. **a)** Pour le mois de décembre 2015, U._____ a facturé 6h15 (375 minutes) d'évaluations et conseils, 2h55 d'examens et traitements et 178h20 (10700 minutes) de soins de base, pour un montant total de 10'426 fr. 50. Q._____ a payé 4 heures d'évaluations et conseils, 2h55 d'examens et traitements et 150 heures de soins de base, pour un total de 8699 fr. 95, laissant un solde impayé de 1'726 fr. 55.

b) L'évaluation des soins requis pour la période du 8 octobre 2015 au 6 janvier 2016 fait état de 8h50 (530 minutes) d'évaluations et

conseils par trimestres, soit 177 minutes par mois. La défenderesse en a admis davantage (4 heures, soit 240 minutes). En l'absence de toute argumentation de la demanderesse justifiant davantage d'heures d'évaluations et conseils que ceux prévus par l'évaluation des soins requis, il n'y a aucun motif d'admettre la facturation d'un montant plus élevé que celui déjà admis par la défenderesse, soit **319 fr. 20**. Le montant supplémentaire de 179 fr. 55 facturé par la demanderesse est infondé.

c) Il n'y a pas de litige relatif aux examens et traitements en décembre 2015, la défenderesse ayant intégralement admis le montant de **190 fr. 75** facturé par U._____.

d) En ce qui concerne les soins de base, l'évaluation des soins requis pour la période du 8 octobre 2015 au 6 janvier 2016 fait état de 22h50 par semaine (1370 minutes). Pour 31 jours, cela représente 6067 minutes. La défenderesse a admis de prendre en charge davantage, soit 9000 minutes correspondant à **8'190 fr.** (9000 / 60 x 54 fr. 60). Le solde facturé par la demanderesse (1'547 fr.) ne peut pas être admis, dans la mesure où elle ne justifie pas pour quels motifs elle excède ce qui était prévu par l'évaluation des soins requis.

15. a) Pour le mois de janvier 2016, U._____ a facturé 2h30 d'évaluations et conseils, 3 heures d'examen et traitements et 175h40 (10540 minutes) de soins de base, pour un montant total de 9'987 fr. 10. Q._____ a payé 2h30 d'évaluations et conseils, 3 heures d'examen et traitements et 150 heures de soins de base, pour un total de 8'585 fr. 70, laissant un solde impayé de 1401 fr. 40.

b) Il n'y a pas de litige sur les évaluations et conseils, de même que sur les examens et traitements, la défenderesse ayant payé les montants facturés à ce titre (**199 fr. 50** et **196 fr. 20**).

c) En ce qui concerne les soins de base, l'évaluation des soins requis pour la période du 8 octobre 2015 au 6 janvier 2016 faisait état de

22h50 par semaine (1370 minutes). Cela représente 1174 minutes pour la période du 1^{er} au 6 janvier 2016 (1370 / 7 x 6). L'évaluation des soins requis pour la période du 7 janvier au 6 avril 2016 fait par ailleurs état de 40h50 de soins de base par semaine (2450 minutes). Pour la période du 7 au 31 janvier 2016, cela représente 8750 minutes (2450 / 7 x 25 jours). Au total, on peut donc admettre, en se référant aux évaluations des soins requis, 9924 minutes de soins de base en janvier 2016. Cela représente **9'030 fr. 84** (9924 / 60 * 54 fr. 60), que la demanderesse est en droit de facturer pour les soins de base en janvier 2016. Le solde (560 fr. 56) n'est pas dû par la défenderesse.

16. a) Pour le mois de février 2016, U. _____ a facturé 7 heures (420 minutes) d'évaluations et conseils, 2h10 d'examens et traitements et 144h35 (8675 minutes) de soins de base, pour un montant total de 8'594 fr. 55. Q. _____ a payé 4 heures d'évaluations et conseils, 2h10 d'examens et traitements et 144h35 de soins de base, pour un total de 8'355 fr. 15, laissant un solde impayé de 239 fr. 40.

b) L'évaluation des soins requis pour la période du 7 janvier au 5 avril 2016 fait état de 8h40 (520 minutes) consacrées aux évaluations et conseils, par trimestre, soit un peu moins de trois heures par mois. Les heures facturées par la demanderesse dépassent largement ce cadre temporel, sans qu'elle allègue de motif de s'en écarter. La défenderesse a pour sa part admis la rémunération de 4 heures d'évaluations et conseils (**319 fr. 20**). Elle n'a pas à prendre en charge le solde facturé par la demanderesse pour ce poste (239 fr. 40)

c) Il n'y pas de litige relatif aux examens et traitements, ni aux soins de base en février 2016, la défenderesse ayant payé les montants de **141 fr. 70** et **7'894 fr. 25** facturés par la demanderesse.

17. a) Pour le mois de mars 2016, U. _____ a facturé 3h15 d'évaluations et conseils, 5h05 d'examens et traitements et 69 heures de soins de base, pour un montant total de 4'359 fr. 20. Q. _____ a payé 3h15 d'évaluations et conseils, 4 heures d'examens et traitements et 69

heures de soins de base, pour un total de 4'288 fr. 35, laissant un solde impayé de 70 fr. 85.

b) Il n'y a pas de litige concernant les évaluations et conseils, de même que les soins de base en mars 2016. La défenderesse a en effet admis et payé les montants facturés pour ces postes (**259 fr. 35** et **3'767 fr. 40**).

c) En ce qui concerne les évaluations et traitements, l'évaluation de soins requis pour la période du 29 février au 27 mai 2016 fait état de 45 minutes par semaine d'examens et traitement. Pour la période du 1^{er} au 13 mars 2016 (sur laquelle porte la facture), soit pour deux semaines, cela correspond à 1h30. La défenderesse a pour sa part admis de payer 4 heures d'examens et traitements, soit **261 fr. 16**. En l'absence d'argumentation de la demanderesse pour justifier davantage d'heures facturables, il n'y a pas lieu de condamner Q. _____ au paiement du solde encore exigé par la partie adverse (70 fr. 85).

18. **a)** Vu ce qui précède, la demanderesse était en droit de facturer un montant total de 119'440 fr. 96 pour les soins à domicile dispensés à l'assuré en novembre et décembre 2014, en janvier, mars, avril, mai, juin, juillet, août et décembre 2015, ainsi qu'en janvier, février et mars 2016. La défenderesse a d'ores et déjà payé un montant total de 99'123 fr. 21, laissant un solde impayé de 20'317 fr. 75. Les conclusions de la demanderesse seront admises jusqu'à concurrence de ce montant et rejetées pour le surplus.

b) Les frais de procédure sont fixé à 6'900 fr., dont 1'200 fr. d'honoraire pour chacun des deux arbitres assesseurs. Vu l'issue du litige, ces frais seront mis à la charge de la demanderesse, pour un tiers, soit 2'300 fr., et de la défenderesse, pour deux tiers, soit 4'600 francs. Les frais sont compensés avec les avances de frais versées par la demanderesse. N'étant pas représentée par un avocat en procédure, la demanderesse ne peut pas prétendre de dépens, hormis le remboursement de ses débours, correspondant aux 2/3 des avances de frais qu'elle a effectuées.

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
prononce :**

- I. La demande est partiellement admise.

- II. Q. _____ est condamnée au paiement, à l'U. _____, d'un montant de 20'317 fr. 75.

- III. Les frais de justice sont fixés à 6'900 fr. et mis à la charge de l'U. _____, à concurrence de 2'300 fr. (1/3), et d'Q. _____ à concurrence de 4'600 fr. (2/3). Ces frais sont intégralement compensés avec les avances de frais versées par la demanderesse.

- IV. Q. _____ versera à U. _____ une indemnité de débours de 4'600 francs.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Flavio Carbone, p.a AVASAD, à Lausanne (pour l'U._____),
- Q._____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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).

La greffière :