

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 mars 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Merz, juge, et M. Bidiville, juge assesseur  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Michael Weissberg,  
avocat à Bienne,

et

**D.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 24, 25, 25a, 32, 49, 50, 56, 57 LAMal ; 7 OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est affiliée à D.\_\_\_\_\_ (ci-après : D.\_\_\_\_\_, la caisse ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins depuis 2003. Elle présente une *spina bifida* lombosacrée avec paraplégie.

Le 10 janvier 2013, l'assurée a subi une intervention de débridement et drainage en raison d'un abcès chronique cutané de la hanche droite à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, site de C.\_\_\_\_\_ (ci-après : site de C.\_\_\_\_\_), où elle a séjourné du 9 au 23 janvier 2013, date de son transfert au Q.\_\_\_\_\_, site de W.\_\_\_\_\_ à P.\_\_\_\_\_ (ci-après : site de W.\_\_\_\_\_). En raison d'une récurrence d'abcès de la fesse droite sur trajet fistuleux au départ d'une bursite ischiatique droite, l'assurée a subi une nouvelle intervention le 14 février 2013, soit une excision des trajets fistuleux de tout le tissu inflammatoire. En raison d'un écoulement persistant au niveau de la plaie méchée, un débridement et une pose de VAC [Vacuum-Assistend Closure] ont été réalisés le 12 mars 2013 au site de C.\_\_\_\_\_. L'assurée a été transférée le 18 mars 2013 au site de W.\_\_\_\_\_ pour la suite de la prise en charge.

Par courrier du 17 mai 2013, faxé le 23 mai 2013, le Z.\_\_\_\_\_ à T.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre de T.\_\_\_\_\_) a présenté à D.\_\_\_\_\_ une demande de garantie pour la prise en charge de l'assurée durant 120 jours en vue d'une réadaptation (Pat. Kategorie : Reha), soit : « *Sanierung der Dekubiti. Danach Ausstattung der Patientin mit technischen Hilfsmitteln zur Wiedererlangung der Gehfähigkeit und Selbständigkeit wie sie vor einem halben Jahr beschrieben wurde* ».

Le 24 mai 2013, D.\_\_\_\_\_ a informé le Centre de T.\_\_\_\_\_ que sa garantie était réservée dans l'attente du préavis de son médecin-conseil.

Le 29 mai 2013, la caisse a indiqué au Centre de T.\_\_\_\_\_ qu'elle refusait la garantie, car selon le préavis de son médecin-conseil, au vu du séjour en cours au site de W.\_\_\_\_\_ depuis le 18 mars 2013, un séjour dans l'établissement en question n'était médicalement pas justifié. D.\_\_\_\_\_ se disait toutefois prête à prolonger en division commune le séjour de réadaptation de l'assurée à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, site de W.\_\_\_\_\_ pour 21 jours supplémentaires, soit jusqu'au 20 juin 2013.

Par fax du 31 mai 2013, date du transfert de l'assurée du site de W.\_\_\_\_\_ au Centre de T.\_\_\_\_\_, ce dernier a sollicité de D.\_\_\_\_\_ une nouvelle garantie, exposant que le but du séjour n'était pas une réadaptation, mais des soins aigus (Pat. Kategorie : Akut). Le 3 juin 2013, la caisse a confirmé son refus.

Le 19 juin 2013, le Centre de T.\_\_\_\_\_ a demandé à D.\_\_\_\_\_ une prolongation du séjour jusqu'au 14 août 2013, précisant avoir procédé le 5 juin 2013 à un débridement et à la mise en place depuis le 10 juin 2013 d'une thérapie VAC pour deux semaines. Une plastie par lambeau était prévue le 19 juin 2013, puis une immobilisation durant six semaines.

Le 20 juin 2013, D.\_\_\_\_\_ a rappelé au Centre de T.\_\_\_\_\_ que son médecin-conseil avait émis un préavis négatif pour un séjour dans leur établissement, car il n'était médicalement pas justifié.

Par courrier du 23 juillet 2013 (envoyé par fax le 24 juillet 2013) à D.\_\_\_\_\_, la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service de paraplégiologie au Centre de T.\_\_\_\_\_, a demandé une reconsidération du cas de l'assurée en raison d'un décubitus de degré IV dans la région de l'ischion nécessitant un traitement dans un centre spécialisé. Elle a exposé que la patiente avait initialement été adressée pour une réadaptation avec notamment une récupération de la capacité de la marche. A son arrivée, l'assurée présentait un décubitus de degré IV dans la région ischiatique à droite, ce qui ne permettait pas une réadaptation, mais la mise en œuvre d'un premier débridement avec biopsies osseuses le 5 juin 2013, puis une

plastie le 19 juin 2013 avec immobilisation durant six semaines sur un matelas d'air. Elle a préconisé une mobilisation prudente de la patiente depuis le 31 juillet 2013 compte tenu d'une immobilisation depuis le début de l'année.

Par courrier du 20 août 2013 à la Dresse K.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de D.\_\_\_\_\_, a précisé que son préavis de refus de transfert de l'assurée au Centre de T.\_\_\_\_\_ était fondé sur les renseignements pris auprès des médecins traitants et de l'établissement H.\_\_\_\_\_. Si ce séjour était souhaité par l'intéressée, sous pression de certaines personnes de son entourage, l'évolution clinique se faisait suffisamment bien pour que l'on puisse ôter le VAC. Quant à une réhabilitation neurologique, l'espérance d'amélioration du handicap que la patiente présentait suite à sa *spina bifida* était infime sinon nulle. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a rappelé que tant l'assurée que le Centre de T.\_\_\_\_\_ avaient été dûment informés de la non prise en charge de ce séjour, mais avaient décidé de passer outre. Il a conclu qu'il ne lui était pas possible de demander à D.\_\_\_\_\_ de revenir sur sa décision.

Par courrier du 26 août 2013 (envoyé par fax le 29 août 2013) au médecin-conseil de la caisse, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois demandé la reconsidération du cas de l'assurée pour la garantie de prise en charge des frais pour un séjour stationnaire supplémentaire au Centre de T.\_\_\_\_\_. Elle a relevé qu'en raison de la dégradation de plus en plus marquée de la capacité de la marche, d'autres investigations avaient été effectuées, lesquelles avaient révélé un dysfonctionnement dans le tronc cérébral et dans le myélome, ajoutant que la détérioration neurologique n'était en général pas la conséquence de la *spina bifida* congénitale. La Dresse K.\_\_\_\_\_ a également sollicité une garantie pour le traitement neurochirurgical à l'Hôpital cantonal de J.\_\_\_\_\_ pour la poursuite des investigations concernant les modifications non clarifiées observées dans le tronc cérébral et le myélome.

Par lettre du 6 septembre 2013 à la Dresse K.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle devait solliciter des renseignements pour la liquidation du cas.

Le 24 septembre 2013, les Drs V.\_\_\_\_\_ et Perroud, respectivement médecin-chef et médecin-assistante au site de W.\_\_\_\_\_ ont transmis à D.\_\_\_\_\_ le rapport de sortie qu'ils avaient adressé le 6 juin 2013 au Dr X.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée, suite à son séjour du 18 mars au 31 mai 2013. Ils y avaient notamment exposé ce qui suit :

« Votre patiente, Madame S.\_\_\_\_\_, née le [...], provenant de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ site de C.\_\_\_\_\_, a séjourné sur le site de W.\_\_\_\_\_ du 18.03 au 31.05.2013, date de son transfert au Z.\_\_\_\_\_ à T.\_\_\_\_\_.

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION**

- Réadaptation à la marche et aux activités de la vie quotidienne

#### **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- Bursite de la hanche droite chronique fistulisée avec abcès récidivant le 13.02.2013 :
  - Débridement et drainage le 10.01.2013
  - Bursectomie et fistulectomie le 14.02.2013 (Dr M.\_\_\_\_\_)

#### **DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S) / COMORBIDITE(S) ACTIVE(S)**

- Colonisation MRSA [Methicillin-resistant Staphylococcus aureus]
- Spina-bifida lombosacrée avec paraplégie et douleurs spastiques
- Epilepsie (status post-encéphalite à 8 mois de vie)
- Anémie normochrome à tendance microcytaire à 96 g/l le 09.03.2013 d'origine post-opératoire, inflammatoire et ferriprive
- Cystostomie avec colonisation urinaire par Streptocoque alpha-hémolytique, E. Coli et entérocoque faecalis asymptomatique
- Tendinite des extenseurs du poignet droit
- Dyspepsie
- Hypoacousie gauche sur bouchon de cérumen
- Constipation chronique

#### **COMPLICATION(S)**

- Escarre sacrée de stade III
- Probable psoriasis du cuir chevelu

#### **COMORBIDITE(S) / ANTECEDENT(S)**

- Status après déviation vésico-abdominale pour incontinence urinaire
- Status après fistule de la hanche gauche il y a 11 ans
- Status après fracture du coude droit en 2001

(...)

## EVOLUTION ET DISCUSSION

Il s'agit d'une patiente de [...] ans, connue pour une spina bifida lombosacrée avec paraplégie, qui nous est adressée pour réadaptation à la marche et aux activités de la vie quotidienne suite à une récurrence d'abcès d'une bursite de la hanche droite chronique fistulisée. Pour rappel, la patiente a bénéficié d'une bursectomie et fistulectomie in toto le 14.02.2013. Des prélèvements bactériologiques profonds retrouvent des MRSA. La patiente est traitée par Vancomycine i.v. durant 2 semaines puis par Bactrim forte durant 4 semaines (jusqu'au 02.04.2013). Un débridement avec pose de VAC est réalisé le 12.03.2013. Durant son séjour au Q.\_\_\_\_\_, nous avons poursuivi l'antibiothérapie par Bactrim et refait les pansements du VAC aux 3j avec lente amélioration clinique. Un prélèvement de contrôle réalisé le 11.04.2013 au niveau du nez, de la gorge et des plis inguinaux retrouve un MRSA raison pour laquelle nous isolons la patiente. Une décolonisation n'est pour l'instant pas possible tant que la plaie reste ouverte. Le Dr M.\_\_\_\_\_ (chirurgien) est passé à plusieurs reprises voir la plaie. Nous pouvons enlever le VAC en date du 29.05.2013 sur ses conseils continuer les pansements aux 2j avec du Prisma au fond de la cavité, du Cavillon pour protéger les bords de la plaie recouverts d'un pansement étanche de Tegaderm. Il faudra poursuivre ces soins durant environ 7 à 10j et envisager une fermeture secondaire sur un drain si l'évolution est bonne. Nous avons poursuivi l'anticoagulation prophylactique par Fragmin au vu du peu de mobilité de la patiente. Cette dernière a bénéficié de physiothérapie de mobilisation. En fin de séjour, elle est capable de faire les transferts seule à l'aide de l'Automax, mais il reste un grand risque de chute. Notre équipe de physiothérapie et d'ergothérapie a travaillé le standing et le renforcement musculaire des membres supérieurs. La patiente est incapable de marcher seule et cet objectif est inenvisageable à notre avis malgré la forte envie de la patiente. Un retour à domicile nous paraît impossible dans ces conditions et nous organisons un réseau le 07.05.2013 avec une infirmière et la responsable de la communauté où vit la patiente, l'équipe du CMS, la mère de la patiente et l'équipe médico-soignante du Q.\_\_\_\_\_. Pour qu'un retour à domicile soit envisageable, il faudrait aménager un grand nombre de moyens auxiliaires (fauteuil roulant électrique, lit électrique, automax, abaisser la baignoire et les seuils, etc.) et une aide constante devrait être présente. L'équipe de la communauté ne peut pas, malgré leur grande volonté, subvenir à cette aide et l'équipe du CMS ne peut passer que 3x/j à des horaires irréguliers. La patiente se rend bien compte de toutes ces difficultés et souhaite une hospitalisation au Z.\_\_\_\_\_ de T.\_\_\_\_\_. N'ayant pas d'argument médical pour appuyer sa demande, nous lui expliquons qu'un placement en EMS serait plus judicieux vu le faible potentiel de récupération possible. La patiente accepte cette proposition dans un premier temps, puis nous apprend que la communauté où elle vit a fait le nécessaire pour qu'elle puisse aller à T.\_\_\_\_\_ où la patiente est transférée le 31.05.2013 ».

Le 21 octobre 2013, le Centre de T.\_\_\_\_\_ a transmis la garantie extra-cantonale octroyée par la Dresse U.\_\_\_\_\_ du Service de

la santé publique du canton de Vaud, document qui comporte la remarque suivante : « *reprise en considération acceptée suite au courrier du Z.\_\_\_\_\_ du 02.10.2013* ».

Par courrier du 5 novembre 2013 au Dr R.\_\_\_\_\_, médecin cantonal au Service de la santé publique du canton de Vaud, le Dr G.\_\_\_\_\_ lui a exposé les motifs de son préavis négatif suite à la demande de transfert de l'assurée par le cercle L.\_\_\_\_\_ où elle avait séjourné à N.\_\_\_\_\_ avant son hospitalisation.

S'adressant le 10 décembre 2013 au Dr G.\_\_\_\_\_ et à la Dresse K.\_\_\_\_\_, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a constaté que l'indication médicale de ce séjour était contesté et que cet élément ne transparaissait pas dans les documents fournis à l'appui de la demande de garantie de l'Etat du 27 mai 2013 et de la demande de reprise du considération du 2 octobre 2013. Le Service de la santé publique a dès lors mis un terme à sa prise en charge à compter de la date de son courrier, estimant que les éléments lui manquaient pour accorder sa garantie de paiement à la prise en charge future de ce séjour en application de l'art. 41 al. 3 LAMal. Toutefois, au vu du temps écoulé et de la particularité de la situation, le Service de la santé publique a décidé de ne pas revenir sur sa décision du 8 octobre 2013 (qui portait sur la possibilité ou non de fournir les prestations dans un hôpital de la liste LAMal vaudoise et accordait à l'assurée la garantie du financement par l'Etat de 55% du coût des soins hospitaliers au tarif LAMal du Centre de T.\_\_\_\_\_) afin de ne pas prêter les intérêts de la patiente.

Par courrier du 7 janvier 2014 à la Dresse U.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ a pris acte que l'Etat de Vaud avait été induit en erreur en raison de la non communication de documents médicaux importants, transmettant à cet effet le rapport de sortie précité du 6 juin 2013 du site de W.\_\_\_\_\_.

Par lettre du 8 janvier 2014 au service social du Centre de T.\_\_\_\_\_, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a pris acte qu'une place en foyer avait pu

être trouvée pour l'assurée au 18 décembre 2013 et a confirmé son accord quant à la garantie de prise en charge pour la période du 10 au 18 décembre 2013.

Par courrier du 30 janvier 2014 au Centre de T.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ a retourné l'ensemble des factures qui lui avaient été transmises par cet établissement suite au séjour de l'assurée du 31 mai au 18 décembre 2013, pour un montant de 144'175 fr. 50, soit 1'610 fr. (724 fr. 50 à charge de l'assureur-maladie) par jour d'hospitalisation dès le 31 mai 2013 pour une prise en charge stationnaire (« Behandlungsart : Stationär »).

Le 10 février 2014, l'assurée a contesté cette prise de position et a sollicité une décision.

Par décision du 14 mars 2014, D.\_\_\_\_\_ a maintenu le refus de prise en charge des frais liés au séjour effectué par l'assurée du 31 mai au 18 décembre 2013 au Centre de T.\_\_\_\_\_ conformément aux art. 32 et 56 LAMal.

Dans le cadre de son opposition du 1<sup>er</sup> avril 2014, l'assurée, désormais représentée par l'avocat Michael Weissberg de l'association suisse des paraplégiques, reproche essentiellement au médecin-conseil de la caisse de ne pas avoir examiné en détails les éléments avancés par le Centre de T.\_\_\_\_\_, à savoir qu'il ne s'agissait pas uniquement d'un séjour en réadaptation. En effet, après un séjour de plusieurs mois dans un hôpital régional, l'assurée avait été transférée dans un état précaire nécessitant des soins immédiats.

Par décision sur opposition du 24 juin 2014, D.\_\_\_\_\_ a partiellement admis l'opposition formée par l'assurée, en ce sens qu'elle a alloué un montant de 321 fr. 75 par jour du 31 mai au 20 juin 2013 (correspondant à un séjour de réadaptation de 21 jours à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, site de W.\_\_\_\_\_), ainsi qu'un montant de 63 fr. par jour du 21

juin au 18 décembre 2013 (correspondant au tarif EMS évalué par la Fondation F. \_\_\_\_\_ à B. \_\_\_\_\_). Elle a rejeté l'opposition pour le surplus.

**B.** Par acte de son mandataire du 22 août 2014, S. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition du 24 juin 2014 et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la prise en charge par l'intimée des frais liés à son séjour au Centre de T. \_\_\_\_\_ du 31 mai au 18 décembre 2013 pour un montant total de 144'175 fr. 50, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée « afin de réexaminer le droit de la recourante à ce que les frais liés au séjour à T. \_\_\_\_\_ soient pris en charge par l'intimée ». Elle précise qu'à son retour au site de W. \_\_\_\_\_, elle a manifesté un grand intérêt pour le Centre de T. \_\_\_\_\_ et que par courrier du 26 avril 2013 (en annexe de son recours), [...]D.E. \_\_\_\_\_ du Foyer B.C. \_\_\_\_\_, ont déposé une demande d'admission en son nom audit centre. Elle rappelle avoir été admise au Centre de T. \_\_\_\_\_ en raison d'une escarre de degré IV, qui malgré deux opérations à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ n'avait pas pu être éradiquée. Elle a alors subi deux opérations et après six semaines d'immobilisation, l'escarre était guérie. Elle transmet à cet effet les courriers des 26 août 2013 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et 2 octobre 2013 du Centre de T. \_\_\_\_\_ au Service de la santé publique du canton de Vaud. Elle allègue que les soins apportés ont donc permis objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché, que selon le Dr [...] (recte : la Dresse K. \_\_\_\_\_), l'indication médicale était clairement établie, de sorte qu'il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure était réalisée. En outre, des mesures plus économes telles que ces nombreuses hospitalisations à l'Hôpital de la H. \_\_\_\_\_, n'avaient jusqu'alors pas permis d'atteindre le but recherché. En définitive, son escarre a pu être soignée en une seule hospitalisation. Elle rappelle en outre que des investigations ont été menées afin de connaître les raisons de ses problèmes de mobilité à l'Hôpital cantonal de J. \_\_\_\_\_. Enfin, lors d'un transfert de son lit à sa chaise roulante, elle s'est fracturée la jambe ce qui a nécessité une immobilisation de son membre inférieur. En définitive, son séjour au Centre de T. \_\_\_\_\_ lui a permis de retrouver un état de santé stable à tous les niveaux, raison pour laquelle il remplit les conditions

d'efficacité, d'adéquation et de l'économicité au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal et qu'il doit être pris en charge par l'intimée.

Dans sa réponse du 24 septembre 2014, l'intimée demande à la Cour de céans de confirmer sa décision sur opposition du 24 juin 2014, de dire qu'elle a épuisé ses prestations légales en servant ses prestations conformément aux propositions faites, de confirmer le décompte de prestations « tiers payant » du 12 septembre 2014 et de débouter la recourante de toutes autres ou contraires conclusions. Pour le surplus, l'intimée se réfère à un entretien téléphonique du 30 mai 2013 de son médecin-conseil avec le Dr V. \_\_\_\_\_ du site de W. \_\_\_\_\_, ainsi que du rapport de sortie de ce praticien du 6 juin 2013, qui relevait qu'il n'y avait pas d'indication à un séjour prolongé au Centre de T. \_\_\_\_\_ et qu'un placement en EMS serait plus judicieux. La Dresse K. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs précisé que des aménagements et adaptations étaient absolument nécessaires pour que la recourante puisse par la suite retourner dans son environnement habituel. L'intimée constate en outre que la demande d'admission au Centre de T. \_\_\_\_\_ n'a pas été faite par un médecin, mais par le Foyer B.C. \_\_\_\_\_. Considérant la situation de la recourante, l'intimée a informé le Centre de T. \_\_\_\_\_ qu'elle verserait des prestations, à savoir 321 fr. 75 par jour, soit jusqu'au 20 juin 2013 correspondant au séjour de la recourante - en division commune - en réadaptation au site de W. \_\_\_\_\_, à raison de 21 jours. Dès le 21 juin 2013, l'intimée a accepté de verser 63 fr. par jour selon l'évaluation réalisée le 13 janvier 2014 à la Fondation F. \_\_\_\_\_ où la recourante séjourne depuis le 18 décembre 2013, montant largement inférieur au 724 fr. 50 à la charge de l'assurance obligatoire des soins, soit 45% du montant de 1'610 fr. par jour applicable au Centre de T. \_\_\_\_\_ (Pat. Kategorie : Akut). L'intimée transmet le dossier complet de la recourante, dont un décompte de tiers payant du 12 septembre 2014 adressé au Centre de T. \_\_\_\_\_ d'un montant de 17'970 fr. 75.

Dans sa réplique du 6 novembre 2014, la recourante confirme les conclusions et le contenu de son recours et requiert si nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de confirmer que son séjour

au Centre de T.\_\_\_\_\_ était médicalement indiqué et nécessaire. La recourante reproche essentiellement à l'intimée de s'être limitée à l'avis négatif de son médecin-conseil sans se positionner sur l'évaluation médicale de la Dresse K.\_\_\_\_\_.

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'intimée rappelle que la recourante a subi une fracture distale du bas de la jambe le 23 août 2013. Son médecin-conseil se demande alors ce qui légitimait le séjour de la recourante au Centre de T.\_\_\_\_\_ jusqu'au 18 décembre 2013. Il n'a en outre pas été démontré que l'escarre n'aurait pas pu guérir si le séjour s'était prolongé à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ site de W.\_\_\_\_\_. L'intimée relève en outre que les médecins de l'hôpital précité n'ont pas ordonné le transfert de la recourante au Centre de T.\_\_\_\_\_ contrairement aux affirmations de la Dresse K.\_\_\_\_\_ dans ses courriers des 23 juillet 2013 et 2 octobre 2013. La décision du Service de la santé publique de mettre un terme à ses prestations a finalement précipité la décision du Centre de T.\_\_\_\_\_ de transférer la recourante en EMS.

Dans son écriture du 16 décembre 2014, la recourante soutient que c'est l'amélioration de son état de santé qui a décidé le Centre de T.\_\_\_\_\_ à la transférer dans un EMS.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre

d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** La question litigieuse est de savoir, si et dans quelle mesure l'intimée est tenue de prendre en charge les coûts de l'hospitalisation de la recourante auprès du Centre de T. \_\_\_\_\_ du 31 mai au 18 décembre 2013. On précisera que la garantie pour un séjour en soins aigus du 14 au 18 octobre 2013 à l'Hôpital cantonal de J. \_\_\_\_\_ a été accordée par l'intimée, laquelle s'est acquittée d'un montant de 7'405 fr. 85.

**3. a)** Selon 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 LAMal. Aux termes de l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

Les art. 26 à 31 LAMal contiennent des dispositions au sujet des mesures de prévention, de l'infirmité congénitale, de l'accident, de la maternité, de l'interruption de grossesse et des soins dentaires. Quant à l'art. 25 LAMal, intitulé « Prestations générales en cas de maladie », il est formulé comme suit dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 :

« <sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

- <sup>2</sup> Ces prestations comprennent :
- a. les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par :
    - 1. des médecins,
    - 2. des chiropraticiens,
    - 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien ;
  - b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien ;
  - c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin ;
  - d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
  - e. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune ;
  - f. ...
  - fbis le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29) ;
  - g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage ;
  - h. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b. ».

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le législateur a introduit, par la loi du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins (RO 2009 3517 6847 ch. 1), l'art. 25a LAMal, intitulé « Soins en cas de maladie ». Sa teneur est la suivante :

«<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.

<sup>2</sup> Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a [LAMal] Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.

<sup>5</sup> Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. »

Se fondant notamment sur les art. 25a al. 3 et 33 al. 5 LAMal ainsi que 33 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté puis adapté l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). A son art. 7 al. 3, il est prévu que sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. 2 LAMal les prestations mentionnées à l'alinéa 2 fournies par des infirmiers, organisations de soins et d'aide à domicile ou des établissements médico-sociaux (cf. art. 7 al. 1 OPAS) après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.

**b)** Selon l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique. La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique. Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également. Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes

et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 130 V 532 et les références citées). L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (TFA K 28/05 du 14 septembre 2005 et les références citées). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Aussi une caisse n'a-t-elle pas à prendre en charge au titre de l'assurance de base les coûts supplémentaires découlant du fait que l'assuré se rend dans une clinique spécialisée dans les traitements intensifs – et partant plus coûteuse – bien que son état ne nécessite pas un tel traitement et qu'il aurait pu être soigné aussi bien dans un établissement plus simple et moins onéreux. De même, l'assuré dont l'état nécessite un traitement hospitalier ne peut prétendre à des prestations plus élevées que celles qui sont prévues par la loi ou les dispositions statutaires, lorsqu'il est contraint de séjourner dans une clinique dont les prix sont élevés, parce qu'il ne trouve pas de place dans un établissement ou une division moins chers, correspondant à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (ATF 125 V 177 consid. 1b). Le seul fait de séjourner en milieu hospitalier ne donne pas droit aux prestations d'hospitalisation (ATF 99 V 70 consid. 3). La prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué de manière ambulatoire (TFA K 30/06 du 7 mai 2007, consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 56 al. 1 LAMal, intitulé « Caractère économique des prestations », le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal).

**c)** Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits ; en règle générale, il s'agit de forfaits par cas (cf. art. 49 al. 1 LAMal). Sont considérés comme hôpitaux, selon l'art. 39 al. 1 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation.

Aux termes de l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier; si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal (coûts dans des établissements médico-sociaux au sens de l'art. 35 al. 2 let. k LAMal) est applicable (cf. aussi ATF 126 V 323 consid. 2b avec une exception).

Les rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal).

Selon l'art. 50, première phrase, LAMal, en cas de séjour dans un établissement médico-social (au sens des art. 35 al. 2 let. k et 39 al. 3 LAMal), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a LAMal. Sont considérés en tant qu'établissements médico-sociaux, selon l'art. 39 al. 3 LAMal, les établissements ou institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue

durée. Conformément au ch. 11 de l'annexe 1 à l'OPAS, la réadaptation est prise en charge sous condition, soit seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et si le médecin-conseil a donné son autorisation expresse.

**d)** L'application du principe de l'économicité (ou d'économie), retenu aujourd'hui aux art. 32 et 49 al. 4 LAMal (auparavant l'art. 49 al. 3 LAMal), n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 362 consid. 1). L'assureur-maladie n'a pas à répondre du surcroît de coûts résultant du fait que l'assuré séjourne dans un établissement hospitalier parce qu'il n'y a pas de lit disponible dans un établissement médico-social (ATF 125 V 177 consid. 1b in fine ; 124 V 362 consid. 1b et les références citées ; TFA K 20/06 du 20 octobre 2006 consid. 1 ; K 56/00 du 29 janvier 2001 consid. 1a).

**e)** Cependant, d'une part, le médecin traitant a une certaine marge d'appréciation pour estimer si un séjour hospitalier est nécessaire ou si un séjour dans un établissement médico-social ou une autre solution suffit. En effet, il n'est pas toujours facile de délimiter le stade de traitement nécessaire; parfois, il n'est même pas possible de les distinguer l'un de l'autre (cf. ATF 124 V 362 consid. 2c ; TFA K 11/00 du 27 décembre 2000 consid. 2a).

D'autre part, conformément à la jurisprudence constante rendue par l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA), puis par le Tribunal fédéral (TF), il convient, si nécessaire, d'accorder à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation d'un mois au plus pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type. Ainsi, il est tenu compte de l'intérêt de l'assuré conformément à l'art. 56 al. 1 LAMal (cf. ATF 124 V 362 consid. 2c ; 115 V 38 consid. 3d ; TF 9C\_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2, in : SVR 2012 KV n° 16 p. 59 ; TFA K 175/05 du 12 avril 2006 consid. 2.2 ; K 44/05 du 20 octobre

2005 consid. 2.4 ; K 56/00 du 29 janvier 2001 consid. 1a ; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, n. 23 ad art. 49 LAMal; dito, Krankenversicherung, in : Ulrich Meyer (éd.), Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Tome XIV, 2<sup>e</sup> éd. 2007, p. 529 n. 399 ; Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Lausanne 2004, p. 399 s. ; Hardy Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 1995, p. 323 n. 452).

Une telle période d'adaptation n'est en principe pas accordée, respectivement pas accordée de la même manière, si l'assuré entend rentrer à la maison après l'hospitalisation, pour autant que cela soit possible (cf. TF cité in : SVR 2012 KV n° 16 p. 59 consid. 2.2 ; TFA K 179/04 du 17 janvier 2006 consid. 2.2.3 et K 180/04 consid. 2.3 ; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, op. cit., n. 23 ad art. 49 LAMal ; dito, Krankenversicherung, op. cit., p. 529 n. 399). Dans ce cas, en effet, si le retour est possible, l'assuré n'a pas à prendre de dispositions spéciales, notamment pour trouver une institution adaptée, pour lesquelles il faudrait lui accorder une période d'adaptation. Il en va différemment, s'il est prévu que l'assuré rentre à la maison, mais que cela nécessite de trouver des solutions adaptées, comme l'organisation de la fourniture de soins à domicile (cf. TFA K 179/04 et 180/04 cité ; Longchamp, op. cit., p. 400).

Par ailleurs, il va de soi que la période d'adaptation ne peut commencer à courir que dès le moment où le médecin traitant ou l'assurance informe l'assuré que la nécessité d'une hospitalisation n'est plus reconnue (cf. arrêts cités du TFA K 175/05 consid. 2.2.2 ; K 44/05 consid. 2.4 ; K 179/04 let. A et consid. 2.2.3 ; K 180/04 let. A et consid. 2.3 ; Longchamp, op. cit., p. 400).

**4.** Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si les frais du séjour au Centre de T.\_\_\_\_\_ doivent être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal.

a) Il sied de constater que la recourante présente depuis des années des abcès récidivants au niveau de la hanche droite. Elle a subi un débridement et un drainage effectués le 10 janvier 2013 par le Dr M. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, ce qui a nécessité un séjour au site de C. \_\_\_\_\_ du 9 au 23 janvier 2013, date à laquelle l'intéressée a été transférée au site de W. \_\_\_\_\_ jusqu'à remobilisation complète. En raison de la récurrence de l'abcès, la recourante a effectué un second séjour, soit du 13 février au 18 mars 2013, au site de C. \_\_\_\_\_ où elle a subi le 14 février 2013 une bursectomie et une fistulectomie. Elle a séjourné dès le 18 mars 2013 au site de W. \_\_\_\_\_ pour la poursuite de la mobilisation avec les physiothérapeutes grâce à ses orthèses et ce, jusqu'au 31 mai 2013. Il ressort du rapport de sortie du 6 juin 2013 qu'en fin de séjour, après avoir bénéficié de physiothérapie et d'ergothérapie, la recourante était « *incapable de marcher seule et cet objectif est inenvisageable à notre avis malgré la forte envie de la patiente* ». Le 7 mai 2013, un réseau est organisé au site de W. \_\_\_\_\_ et il apparaît que l'équipe de la communauté - où vit la recourante - ne pouvant subvenir à une aide constante, un placement en EMS paraît le plus judicieux.

C'est dans ce contexte que le séjour - dont le remboursement est litigieux - a été organisé spontanément par la recourante, respectivement par le Foyer B.C. \_\_\_\_\_ selon la teneur du courrier du 26 avril 2013 de [...]D.E. \_\_\_\_\_. Il ne ressort nullement du dossier que le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, ou les médecins des sites de W. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ auraient soutenu cette démarche. Au contraire, la recourante a finalement été transférée au Centre de T. \_\_\_\_\_ en vue d'une réadaptation contre l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, médecin-chef du site de W. \_\_\_\_\_, lequel a conclu à l'absence d'argument médical permettant d'appuyer la demande de la recourante. Ce point de vue est partagé par le médecin-conseil de D. \_\_\_\_\_ lequel a estimé que « *quant à la réhabilitation neurologique, l'espérance d'amélioration du handicap qu'elle présente suite à sa spina bifida est infime sinon nul[le]* ». Finalement, le 18 décembre 2013, la recourante a été transférée du Centre de T. \_\_\_\_\_ à la Fondation F. \_\_\_\_\_ sans amélioration quant à la capacité de la marche. Le dossier ne contient aucun élément permettant d'expliquer

pour quels motifs le Centre de T.\_\_\_\_\_ était susceptible d'améliorer la capacité de marche de la recourante compte tenu de sa pathologie, quant bien même il aurait été du devoir de ce centre de se prononcer sur cette question. Par ailleurs, on peine à comprendre les motifs pour lesquels la recourante a séjourné jusqu'au 18 décembre 2013 au Centre de T.\_\_\_\_\_ après avoir été victime le 23 août 2013 d'une fracture distale, non disloquée, du bas de la jambe, ce qui a nécessité une immobilisation sans plâtre, en raison du risque de formation d'un décubitus (courrier du 26 août 2013 de la Dresse K.\_\_\_\_\_), rendant *de facto* toute mobilisation impossible. Certes, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a indiqué que le décubitus avait été guéri (courrier du 26 août 2013). Toutefois, elle n'a pas précisé pour quelles raisons une prise en charge au sein de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ n'aurait pas été suffisante, respectivement qu'un traitement dans un centre spécialisé était impérativement indiqué. Il n'apparaît ainsi pas que la prise en charge de l'escarre requérait une technique hautement spécialisée pour laquelle l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ n'aurait pas disposé d'une expérience suffisante. En d'autres termes, cela ne permet pas de conclure qu'une prise en charge par les structures de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ n'aurait pas permis d'atteindre les mêmes résultats à moindre coût.

**b)** Au vu des éléments précités, la Cour de céans estime que c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'en l'absence d'indication médicale, soit sans l'aval du médecin du site de W.\_\_\_\_\_, ni celui du médecin-conseil de l'intimée, le séjour au Centre de T.\_\_\_\_\_ n'était pas approprié, ni ne correspondait au critère économique prévu par la loi que ce soit sous l'angle de la réadaptation ou de la prise en charge en soins aigus. Il n'y a dès lors pas lieu de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale requise par la recourante, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). Sur ce point, le recours doit être rejeté.

**5.** Il convient à présent d'examiner si la prise en charge telle que retenue par l'intimée (voir le décompte de prestations « tiers payant » du 12 septembre 2014) est conforme à la rémunération et à l'application des tarifs.

**a)** En vertu de l'art. 57 al. 4 LAMal, le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (al. 5). Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré ; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 LAMal tranche, en dérogation à l'art. 58 al. 1 LPGA (al. 6).

Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal, celle-ci attribue un rôle important - et renforcé par rapport à l'ancien droit - aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais. A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale (ATF 127 V 43 consid. 2d). Il doit apprécier les intérêts divergents de l'assuré, de l'assureur et du fournisseur de prestations de manière raisonnable. Ses compétences sont décrites à l'art. 57 al. 4 et 5 LAMal. Il conseille ainsi l'assureur pour des questions médicales ainsi que pour des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il lui incombe en outre une fonction de surveillance et de contrôle. Il examine les conditions de prise en charge d'une prestation (art. 57 al. 4 LAMal). Il doit aussi contrôler le

caractère efficace, approprié et économique du traitement, au sens des art. 32 et 56 LAMal (Tribunal fédéral, arrêt non publié K 6/01 du 26.09.2001 consid. 3). Son rôle vise à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Ainsi, aux termes de l'art. 56 al. 1 LAMal, intitulé «Caractère économique des prestations», le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal).

**b)** En l'occurrence, il ressort de la décision sur opposition attaquée que l'intimée a accepté de prendre en charge les coûts du séjour hospitalier en division commune au tarif de 321 fr. 75 par jour du 31 mai au 20 juin 2013 et de 63 fr. par jour du 21 juin au 18 décembre 2013. Considérant que l'état de santé de l'assurée ne nécessitait plus de prise en charge et un suivi quotidien dans un établissement hospitalier de réadaptation au-delà du 20 juin 2013, l'intimée a en effet limité sa participation à compter du 21 juin 2013 à un montant de 63 fr. par jour, montant correspondant au tarif EMS évalué par la Fondation F. \_\_\_\_\_ à B. \_\_\_\_\_.

**c)** Il ressort ainsi du dossier que l'intimée, sur proposition de son médecin-conseil, s'est dite prête le 29 mai 2013 - soit avant le transfert de la recourante au Centre de T. \_\_\_\_\_ - à prolonger en division commune le séjour en réadaptation au site de W. \_\_\_\_\_, jusqu'au 20 juin 2013, puis dans le cadre de sa décision sur opposition, dès le 21 juin 2013 au tarif EMS. Il s'avère toutefois que l'état de santé de la recourante s'est modifié suite à son transfert du site de W. \_\_\_\_\_ au Centre de T. \_\_\_\_\_ le 29 mai 2013. A cet égard, on se réfère au rapport de sortie du 6 juin 2013 établi par le site de W. \_\_\_\_\_, lequel mentionnait que le VAC avait pu être ôté le 29 mai 2013 sur les conseils du Dr M. \_\_\_\_\_ et qu'il fallait continuer les pansements aux deux jours avec du Prisma au fond de la cavité et du Cavillon pour protéger les bords de la plaie recouverts d'un pansement étanche de Tegaderm. Ces soins devaient être poursuivis durant environ 7 à 10 jours, puis une fermeture secondaire sur un drain

pouvait être envisagée si l'évolution était bonne. Or, tel n'a pas été le cas, puisqu'à l'arrivée de la recourante au Centre de T.\_\_\_\_\_, le diagnostic d'escarre de l'ischion à droite de stade IV [plaie profonde s'étendant jusqu'au tissu musculaire et osseux] a été posé, justifiant de nouvelles reprises chirurgicales (débridement avec biopsies osseuses le 5 juin 2013 et greffe le 19 juin 2013 avec mobilisation prudente dès le 31 juillet 2013 selon le rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2013). Finalement, le 23 août 2013, la recourante a été victime d'une chute et a présenté une fracture distale, non disloquée, du bas de la jambe le 23 août 2013 nécessitant une immobilisation sans plâtre, en raison du risque de formation d'un décubitus.

**d)** Par conséquent, l'intimée ne pouvait limiter sa prise en charge à trois semaines au tarif du séjour hospitalier en division commune, puis dès le 21 juin 2013 au tarif EMS et ignorer l'aggravation de l'état de santé de la recourante pour fixer sa participation, raison pour laquelle le dossier lui sera renvoyé à cet effet.

Au vu des pièces au dossier, il doit en tout cas être admis que dès le 31 mai 2013, la mauvaise évolution de l'état de santé de la recourante et les divers soins à prodiguer concouraient à rendre indispensable un séjour dans un établissement hospitalier, puis après les reprises chirurgicales, un séjour en réadaptation en division commune, soit à raison de 321 fr. 75 par jour. Il appartiendra à l'intimée d'en établir la durée, en tenant notamment compte de la fracture distale, non disloquée, du bas de la jambe dont a été victime la recourante le 23 août 2013. A l'échéance de la période de réadaptation, il conviendra de limiter la participation de l'intimée à un montant de 63 fr. par jour, montant correspondant au tarif EMS évalué par la Fondation F.\_\_\_\_\_ à B.\_\_\_\_\_ et non contesté.

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée annulée, le dossier de la cause étant dès lors renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision après avis de son médecin-conseil sur l'étendue de sa participation sur le plan temporel, et sur sa

quotité au regard notamment des versements déjà effectués par l'intimée durant dite période.

**7.** La procédure étant gratuite, des frais judiciaires ne sont pas prélevés. L'intimée versera à la recourante, qui est représentée par un avocat et obtient partiellement gain de cause, une indemnité de dépens d'un montant de 2'000 fr. (cf. art. 61 let. a et g LPGA ; 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue par D. \_\_\_\_\_ le 24 juin 2014 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision, conformément aux considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** L'intimée versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Michael Weissberg (pour la recourante), à Bienne,
- D. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt 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 :