

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 novembre 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, agissant par sa curatrice B.N.\_\_\_\_\_, elle-même représentée par Me Christine Graa, avocate à Lausanne,

et

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 59 LPG.**

**E n f a i t :**

**A.** A.N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été hospitalisé du 7 avril au 3 juin 2014 pour une hernie crurale incarcerated. A son retour à domicile, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, lui a prescrit des soins à domicile à hauteur de 82,2 heures par mois, dont 66,4 heures de soins de base, pour la période du 3 juin au 2 décembre 2014.

Par courrier du 18 juillet 2014, B. \_\_\_\_\_ (ci-après : B. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) a informé l'organisme de soins à domicile V. \_\_\_\_\_ (ci-après : V. \_\_\_\_\_) qu'elle ne garantissait la prise en charge mensuelle que d'un total de 21 heures 35, dont 15 heures de soins de base. Elle a expressément refusé de prendre en charge certaines prestations.

Le 8 août 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a écrit à B. \_\_\_\_\_ en confirmant que toutes les prestations, en particulier celles faisant l'objet d'un refus de prise en charge, étaient nécessaires au maintien à domicile du patient.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2014, B. \_\_\_\_\_ a revu sa position et a accepté de prendre en charge un total de 42 heures 50, dont 36 heures 15 de soins de base.

Dans un courrier du 21 octobre 2014, V. \_\_\_\_\_ et le Dr Z. \_\_\_\_\_ ont prié B. \_\_\_\_\_ de prendre en charge l'entier des prestations demandées, nécessaires pour préserver l'état de santé de l'assuré, et proposé d'organiser une visite à son domicile. Celui-ci et son épouse avaient fait le choix de rester à domicile et de financer eux-mêmes une partie de leur encadrement, à raison de 4'500 fr. par mois chacun.

Le 30 décembre 2014, B. \_\_\_\_\_ a confirmé sa position exprimée dans son courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2014.

Par courrier du 12 janvier 2015 à B.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ a contesté l'étendue de la prise en charge accordée par l'assureur.

Le 1<sup>er</sup> juin 2015, l'assuré, désormais représenté par Me Christine Graa, a répété que toutes les prestations étaient justifiées médicalement. Il a demandé à ce qu'un montant correspondant aux prestations non prises en charge par B.\_\_\_\_\_, selon un décompte à établir, lui soit versé.

Par décision du 29 octobre 2015, B.\_\_\_\_\_ a accepté de prendre en charge un total de 54 heures 48 par mois, dont 44 heures 18 de soins de base, dès le 3 juin 2014. Elle a précisé que cette prise en charge était à visée conciliatoire, sans reconnaissance aucune, et sous déduction des montants déjà versés. Elle a ajouté que dès le 3 décembre 2014, les prestations fournies par V.\_\_\_\_\_ apparaissaient conformes à la réalité des besoins.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 26 novembre 2015, en relevant que seule la période du 3 juin au 2 décembre 2014 était litigieuse, B.\_\_\_\_\_ ayant accepté de prendre en charge l'entier des soins à domicile prescrits à compter du 3 décembre 2014.

Le 8 janvier 2016, l'assuré, par son conseil, a indiqué à B.\_\_\_\_\_ que son épouse et elle n'avaient pas été remboursés pour l'intégralité des soins à domicile dispensés à compter du 3 décembre 2014.

Le 1<sup>er</sup> février 2016, B.\_\_\_\_\_ a répondu que les montants relatifs aux soins à domicile dispensés dès le 3 décembre 2014 avaient été versés à V.\_\_\_\_\_ sur la base des factures que cet organisme lui avait adressées directement, ceci en vertu du système du tiers payant, selon lequel l'assureur est le débiteur de la rémunération du fournisseur de prestations.

Le 3 février 2016, le conseil de l'assuré a déclaré qu'il allait se renseigner auprès de son mandant pour savoir ce qu'il en était du versement des frais relatifs aux soins dispensés dès le 3 décembre 2014.

Par décision sur opposition du 26 février 2016, B. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la prise en charge limitée à 54 heures 48 pour la période du 3 juin au 2 décembre 2014. Elle a précisé qu'un remboursement complémentaire serait effectué dès que V. \_\_\_\_\_ lui aurait transmis une note rectificative fondée sur cette base horaire, en prenant en compte la somme déjà remboursée par B. \_\_\_\_\_.

Le 21 mars 2016, V. \_\_\_\_\_ a adressé un courrier à B. \_\_\_\_\_ à la teneur suivante :

« Selon votre demande, nous vous transmettons ci-joint les décomptes relatifs à la période du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 décembre 2015. Ces documents se réfèrent à la différence entre les temps d'intervention qui vous ont été facturés durant cette période et ceux accordés dans le cadre de votre garantie du 29.10.2015. Vous constaterez qu'il subsiste un solde en faveur de V. \_\_\_\_\_, à savoir :

Assuré	Période	Montant dû
C.N. _____	01.06.14 - 31.12.15	CHF 17'750.20
A.N. _____	01.06.14 - 31.12.15	CHF 9'348.80

En annexe, vous trouverez deux factures relatives à ces montants. Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de prendre en charge, à titre exceptionnel, le complément d'heures de soins à domicile dont M. et Mme A.N. \_\_\_\_\_ ont bénéficié durant cette période. »

Outre les factures précitées, étaient joints à ce courrier des décomptes, faisant état de prestations d'évaluation/conseil au tarif horaire de 79 fr. 80, d'examens/traitements au tarif horaire de 65 fr. 40, ainsi que de soins de base au tarif horaire de 54 fr. 60, pour un montant total de 4'547 fr. 42 de prestations à l'assuré durant la période de juin à décembre 2014.

Le 23 mars 2016, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a attesté qu'à leur retour d'hospitalisation en juin 2014, le couple avait eu besoin d'une prise en charge à domicile particulièrement attentive afin de garantir la transition entre l'encadrement hospitalier et la vie quotidienne à domicile. Les époux

avaient gagné en autonomie quelques mois après leur retour à domicile, de sorte qu'il avait prescrit moins de soins à partir de décembre 2014.

**B.** Par acte du 31 mars 2016, A.N.\_\_\_\_\_, par son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 26 février 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que B.\_\_\_\_\_ doit prendre en charge l'entier des soins à domicile prescrits en sa faveur entre le 3 juin et le 2 décembre 2014, soit 82,2 heures mensuelles. Il a précisé que les heures dont la prise en charge demeurait litigieuse concernaient exclusivement des soins de base dont le coût se montait à 54 fr. 60. Il a en outre sollicité une jonction de causes avec la procédure concernant son épouse, cette dernière ayant également déposé un recours le même jour (AM 16/16).

Selon un décompte de prestations établi le 6 mai 2016, l'intimée a notamment versé à V.\_\_\_\_\_ un montant de 9'348 fr. 80 concernant les soins dispensés au recourant pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 décembre 2015.

Le 17 mai 2016, l'intimée a confirmé à V.\_\_\_\_\_ le remboursement intervenu le 6 mai 2016. Elle lui a demandé de l'informer si un montant avait été facturé au recourant pour la période précitée.

Le 3 juin 2016, dans sa réponse au recours, l'intimée a relevé que le 21 mars 2016, V.\_\_\_\_\_ avait ramené sa demande de prise en charge à 54 heures 48 par mois et que les factures en tiers payant émises par V.\_\_\_\_\_ avaient été honorées, de sorte que le recours devenait sans objet. Si V.\_\_\_\_\_ devait avoir facturé en tiers garant un supplément à l'assuré, cela relèverait d'un litige entre assureur et fournisseur de prestations, auprès du Tribunal arbitral.

Par réplique du 22 juin 2016, le recourant a contesté que V.\_\_\_\_\_ aurait, par sa facture du 21 mars 2016, ramené sa demande de prise en charge aux seules heures garanties par l'assureur dans la décision sur opposition attaquée. Au contraire, V.\_\_\_\_\_ n'avait jamais

renoncé à la prise en charge par l'intimée de tous les soins prodigués. Le recours n'était ainsi pas dénué d'objet. Il a produit un courriel du 21 juin 2016 dans lequel V.\_\_\_\_\_ expliquait que la facture du 21 mars 2016 correspondait à la différence entre les heures prises en charge initialement et les heures reconnues dans la décision. Cette facture avait été adressée à B.\_\_\_\_\_ à sa demande, l'assureur ayant indiqué dans sa décision qu'un remboursement complémentaire serait effectué dès que V.\_\_\_\_\_ aurait transmis une note rectificative sur la base horaire qu'il avait admise. Cette facture ne représentait en aucun cas une diminution de la demande de prise en charge.

Par duplique du 9 août 2016, l'intimée a confirmé sa position, soutenant que toutes les factures en tiers payant émises par V.\_\_\_\_\_ pendant la période litigieuse avaient été réglées.

Par déterminations du 15 août 2016, la recourante a maintenu sa position.

Le 21 juin 2017, la juge en charge de l'instruction a invité le recourant à lui indiquer le montant exact réclamé à l'intimée.

Le 10 juillet 2017, le recourant a transmis un document de V.\_\_\_\_\_ intitulé « Solde des heures non prises en charge par B.\_\_\_\_\_, du 3 juin au 2 décembre 2014 », faisant état de 10,5 heures s'agissant de l'évaluation, 45 heures pour les examens et 180,9 heures pour les soins de base, soit un total de 236,4 heures. Sur cette base, le recourant a allégué qu'un solde de 236,4 heures n'avait pas été pris en charge, soit un total de 9'726 fr. 84 (10,5 heures à 79 fr. 80, 45 heures à 65 fr. 40 et 180,9 heures à 54 fr. 60).

Le 9 août 2017, l'intimée a maintenu sa position.

Le 17 janvier 2018, le recourant a transmis un document du 21 décembre 2017 instituant sa fille B.N.\_\_\_\_\_ comme sa curatrice, avec une curatelle de représentation et de gestion.

Le 29 janvier 2018, la juge nouvellement en charge de l'instruction du dossier a demandé au recourant de produire les factures en souffrance qui lui avaient été adressées.

Le 31 janvier 2018, le recourant s'est référé au décompte annexé à son courrier du 10 juillet 2017 et a conclu qu'un montant de 9'726 fr. 84 était réclamé à B.\_\_\_\_\_. Il a ajouté que V.\_\_\_\_\_ ne lui avait pas envoyé de facture, puisqu'une partie des heures initialement litigieuses avait été indemnisée, mais que le décompte précité permettait de calculer le montant en souffrance.

Le 21 février 2018, la juge en charge de l'instruction s'est adressée à V.\_\_\_\_\_, en lui demandant d'indiquer le nombre d'heures de soins effectivement prodiguées au recourant pour chacun des mois de juin à décembre 2014, le solde encore impayé concernant le recourant pour cette période, ainsi que les montants que V.\_\_\_\_\_ avait réclamés et facturés à celui-ci, cas échéant avec copie des factures.

Par courriel du 9 mars 2018, V.\_\_\_\_\_ a répondu qu'elle n'avait aucune facture ouverte pour la période concernée. Elle a transmis le décompte figurant déjà au dossier, duquel il ressortait que 236,4 heures n'avaient pas été prises en charge par B.\_\_\_\_\_.

Le 28 mars 2018, le recourant a relevé que les prestations litigieuses lui avaient été facturées directement, comme cela ressortait du document intitulé « récapitulatif des heures non prises en charge par B.\_\_\_\_\_ période du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2014 », produit en annexe. Celui-ci faisait état de 40,25 heures pour le mois de juin, de 42,75 heures pour le mois de juillet, de 61,50 heures pour le mois d'août, d'aucune heure pour le mois de septembre, ainsi que de 91,25 heures pour le mois d'octobre, au tarif horaire de 39 fr., soit un montant total de 9'929 fr. 79, TVA comprise. Le recourant a encore produit des factures établies en 2014 et 2015 par V.\_\_\_\_\_, intitulées « Prestations Services non LAMal » et libellées à son nom. Parmi elles, plusieurs factures du 1<sup>er</sup> décembre 2014

reprenaient les chiffres formulés dans le récapitulatif précité. Le recourant a pour le surplus fait état de ce qui suit :

« Il ressort des factures que je produis ce jour :

a) M. A.N. \_\_\_\_\_ :

- De juin à octobre 2014, V. \_\_\_\_\_ lui a facturé un montant de fr. 9'929.79 pour les soins faisant l'objet du recours et pour novembre et décembre un montant de fr. 5'184.- (= 6'900 - 4'500 + TVA x 2), en relevant à 6'900.- le forfait de fr. 4'500.- convenu initialement.
- Ainsi, pour la période allant du 3 juin au 2 décembre 2014, M. A.N. \_\_\_\_\_ a versé fr. 15'113.79 à V. \_\_\_\_\_ pour les soins litigieux.
- Ensuite du remboursement partiel par B. \_\_\_\_\_ en mai 2016 [...], V. \_\_\_\_\_ a restitué une somme de fr. 4'547.72 à M. A.N. \_\_\_\_\_ pour 2014 (à noter qu'une partie de cette somme, dont on ignore la quotité exacte, est relative aux soins prodigués après le 2 décembre 2014 ; cela ressort de la facture adressée par l'organisme de soins à domicile à l'assureur le 21 mars 2016, à laquelle était annexé un décompte intitulé "heures dues par B. \_\_\_\_\_ du 01.06.14 au 31.12.15" [...]).
- En déduisant ce remboursement de fr. 4'547.72 du montant de fr. 15'113.79 payé par M. A.N. \_\_\_\_\_ pour la période litigieuse, on obtient un solde de 10'566.07 en faveur de M. A.N. \_\_\_\_\_.
- Ce dernier conclut au remboursement par B. \_\_\_\_\_ d'un montant de fr. 9'726.84 [...] ; la légère différence entre ce montant et celui de fr. 10'566.07 articulé plus haut peut s'expliquer par le fait que le montant remboursé à M. A.N. \_\_\_\_\_ par V. \_\_\_\_\_ inclut la période du 3 au 31 décembre 2014 qui ne fait pas l'objet du présent litige. Il incombe à V. \_\_\_\_\_ de fournir des précisions à cet égard, comme requis plus haut. »

Le 11 mai 2018, l'intimée a répété que les factures en tiers payant, pour ce qui concerne la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), établies par V. \_\_\_\_\_ pour la période litigieuse, avaient été honorées.

Par courrier du 17 mai 2018, la juge en charge de l'instruction a demandé au recourant des explications relatives aux factures qu'il avait produites, relevant qu'elles faisaient état de prestations servies hors LAMal, au demeurant facturées à un tarif de 39 fr. par heure, correspondant à la tarification de prestations privées servies par V. \_\_\_\_\_.

Le 4 juin 2018, le recourant a répondu qu'il ne s'expliquait pas pourquoi V.\_\_\_\_\_ lui avait adressé des factures mentionnant des prestations hors LAMal, dans la mesure où elles concernaient des soins faisant l'objet du mandat médical évoqué dans le recours. Il a requis que V.\_\_\_\_\_ soit invitée une nouvelle fois à produire le détail des montants qu'elle lui avait réclamés et facturés.

Par courrier du 18 juin 2018, la juge en charge de l'instruction a demandé à V.\_\_\_\_\_ de lui décrire précisément la nature des prestations facturées au recourant, à savoir en quoi consistaient les postes « aide à domicile, veilles actives, installation boîte à clés ». Elle l'a invitée à mentionner les prestations qui, selon elle, relevaient de l'assurance obligatoire des soins.

Le 25 juin 2018, V.\_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante :

« Pour faire suite à votre courrier du 18 ct, nous avons le plaisir de vous donner les informations complémentaires concernant nos prestations. Celles-ci peuvent être vastes et sont adaptées en fonction de chaque situation.

Aide à domicile : ménage, repassage, repas, courses, accompagnement lors de promenade, jeux de société, présence.

Nuits d'encadrement : présence d'un soignant, demandant plus de 3 levers durant la nuit pour des soins, de l'aide pour aller aux WC, donner de la boisson, etc... Au-delà de 3 levers, il s'agit alors de nuits d'encadrement actives, nommées veilles actives sur nos factures.

Installation de boîte à clé : certains patients demandent qu'un boîtier sécurisé soit installé pour des personnes qui ne sont plus aptes à ouvrir la porte seule. La clé du domicile se trouve dans celui-ci, ce qui permet aux soignants d'accéder au domicile. »

Le 27 juin 2018, le recourant a relevé que V.\_\_\_\_\_ n'avait pas répondu complètement à la demande de la juge. En particulier, elle n'avait donné aucun renseignement concernant les factures émises le 1<sup>er</sup> décembre 2014 concernant de l'aide à domicile facturée a posteriori et en plus de l'aide à domicile initialement facturée pour les mois en question. Toutefois, il ressortait du décompte intitulé « solde des heures non prises en charge par B.\_\_\_\_\_ du 3 juin au 2 décembre 2014 » que ces prestations étaient désignées comme étant des soldes d'évaluations,

d'examens et de soins de base non pris en charge par B.\_\_\_\_\_, et relevaient ainsi de l'assurance obligatoire des soins.

Le 16 juillet 2018, le recourant a informé n'avoir aucun élément supplémentaire à apporter en relation avec le courrier du 25 juin 2018 de V.\_\_\_\_\_.

Le 16 août 2018, l'intimée a répété que V.\_\_\_\_\_ n'avait plus aucune facture ouverte auprès d'elle et que le recours était donc sans objet.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**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 statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment).

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge d'un nombre d'heures de soins à domicile supérieur aux 54 heures 48 mensuelles admises par l'intimée dans la décision litigieuse.

**3.** Il convient à ce stade d'examiner la recevabilité du recours sous l'angle de la qualité pour agir, plus particulièrement l'intérêt à agir.

**a)** Selon l'art. 75 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, a qualité pour former recours contre une décision administrative toute personne physique ou morale ayant pris part à la procédure devant l'autorité précédente ou ayant été privée de la possibilité de le faire, qui est atteinte par la décision attaquée et qui dispose d'un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. a), ainsi que toute autre personne ou autorité qu'une loi autorise à recourir (let. b).

En matière d'assurances sociales, selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Est considéré comme un intérêt digne de protection, tout intérêt actuel de droit ou de fait à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre, que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 135 II 145 consid. 6.1 ; TF K 112/06 du 30 mai 2007 consid. 4.1). Le recourant doit pouvoir se prévaloir d'un intérêt direct et concret, ou du moins se trouver dans un

rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige (ATF 135 II 145 consid. 6.1).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 130 III 321 consid. 3.2, 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C\_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5).

**b)** En l'espèce, le recourant demande, pour la période du 3 juin au 2 décembre 2014, à ce que 82,2 heures de soins par mois soient prises en charge par l'intimée. Celle-ci n'a accepté qu'un total de 54 heures et 48 minutes, soit 54,8 heures.

B.\_\_\_\_\_ a soutenu qu'elle avait honoré toutes les factures que l'organisme de soins V.\_\_\_\_\_ lui avait adressées en tiers payant pour la période litigieuse.

La juge en charge de l'instruction a alors demandé à V.\_\_\_\_\_ d'indiquer le nombre d'heures de soins effectivement prodiguées au recourant de juin à décembre 2014, le solde encore impayé le concernant, ainsi que les montants facturés à ce dernier. Le 9 mars 2018, V.\_\_\_\_\_ a transmis un décompte faisant état de 236,4 heures non prises en charge par B.\_\_\_\_\_ du 3 juin au 2 décembre 2014, tout en précisant qu'elle n'avait aucune facture ouverte pour la période concernée.

V.\_\_\_\_\_ ne réclame ainsi actuellement aucun montant au recourant.

Toutefois, se fondant sur des factures établies en 2014 et 2015 par V.\_\_\_\_\_ et libellées à son nom, l'assuré allègue qu'à l'époque, les prestations litigieuses lui ont été facturées directement (cf. factures produites le 28 mars 2018). Ceci n'est cependant pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, les prestations litigieuses relèvent de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Or les factures dont se prévaut le recourant sont toutes intitulées « Prestations Services non LAMal ». En outre, ces prestations ont été facturées à un tarif horaire de 39 fr., ce qui correspond à des prestations privées, selon le site internet de V.\_\_\_\_\_ (www.V.\_\_\_\_\_.ch). Le tarif horaire des prestations litigieuses s'élève quant à lui à 79 fr. 80 pour l'évaluation et le conseil, à 65 fr. 40 pour les examens et les traitements, et à 54 fr. 60 pour les soins de base, ainsi que le prévoit l'art. 7a al. 1 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31). Dans le décompte que V.\_\_\_\_\_ a transmis à B.\_\_\_\_\_ le 21 mars 2016 en annexe à des factures - que B.\_\_\_\_\_ a réglées -, elle a d'ailleurs calculé le montant dû par l'assureur en se fondant sur les différents tarifs fixés par l'OPAS. Interpellée par la juge en charge de l'instruction sur la question de l'intitulé des factures et du taux horaire de 39 fr., le recourant s'est limité à répondre qu'il ne s'expliquait pas ces points. Par ailleurs, on constate que les factures envoyées par V.\_\_\_\_\_ à l'assuré font état d'un nombre d'heures qui ne correspond pas aux heures litigieuses. Ainsi, selon le décompte produit par V.\_\_\_\_\_ le 9 mars 2018, sur les 82,2 heures mensuelles du mandat médical initial, seules 42,8 heures ont été prises en charge par B.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il résulte un solde de 39,4 heures par mois non prises en charge. Il sied ici de relever que le chiffre de 42,8 heures se réfère en réalité à la garantie octroyée par l'assureur dans son courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2015, et non dans la décision sur opposition, laquelle s'élève à 54 heures 48 (soit 54,8 h), et porte dès lors le solde d'heures mensuelles non prises en charge à 27,4 heures. Quoi qu'il en soit, les factures adressées au recourant font état de 40,25 heures dispensées en juin, de 42,75 heures en juillet, de 61,50 heures en août,

d'aucune heure pour le mois de septembre et de 91,25 heures en octobre, ce qui ne correspond en aucun point aux heures mensuelles litigieuses. A la demande de la juge en charge de l'instruction de décrire précisément la nature des prestations facturées au recourant et d'indiquer lesquelles relèveraient de l'assurance-obligatoire des soins, V.\_\_\_\_\_ a énuméré des activités telles que le ménage, des jeux de société, ou encore une présence.

Il ressort de ce qui précède que l'instruction n'a pas permis d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les montants facturés à l'assuré concernaient les prestations litigieuses, soit des prestations de l'assurance obligatoire des soins que B.\_\_\_\_\_ n'aurait pas pris en charge. La Cour de céans conclut au contraire que ces montants avaient trait à des prestations privées. Il sied de rappeler que si la procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées), ce qui est le cas en l'occurrence.

Ainsi, la Cour de céans retient que les heures de soins dont le recourant demande la prise en charge dans la présente procédure ne lui ont pas été facturées et ne lui sont pas réclamées. En outre, le litige porte sur une période déterminée, actuellement révolue, de sorte qu'on ne discerne pas non plus son intérêt à se voir accorder une prise en charge plus importante pour cette époque. L'intérêt à agir du recourant pour obtenir une modification de la décision sur opposition, avec l'octroi de l'entier des heures de soins demandées initialement, fait donc défaut. Par conséquent, son recours doit être déclaré irrecevable.

**4.** La présente cause et celle concernant l'épouse du recourant (AM 16/16) ont fait l'objet d'une instruction conjointe, par le même juge instructeur. La requête de jonction de causes, pour autant qu'elle ait encore un objet, sera dès lors rejetée, étant rappelé que l'autorité dispose à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation (EMPL [Exposé des motifs et projets de lois sur la procédure administrative] LPA-VD, mai 2008, p. 22 ad art. 24 LPA-VD).

**5. a)** En définitive, le recours doit être déclaré irrecevable et la cause rayée du rôle.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours est irrecevable.
- II.** La cause est rayée du rôle.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Christine Graa (pour A.N.\_\_\_\_\_, agissant par sa curatrice B.N.\_\_\_\_\_)
- B.\_\_\_\_\_
- Office fédéral de la santé publique

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 :