

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt incident du 19 novembre 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Livet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, agissant par sa curatrice, O. _____, audit lieu,
représentée par Me Grégoire Ventura, avocat, à Lausanne,

et

B. _____ **ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny, intimée.

Art. 52 al. 4 et 61 LPGA ; 55 al. 2 et 4 PA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après également : l'assuré ou le recourant), né en [...], est assuré pour l'assurance obligatoire des soins auprès de B. _____ Assurance Maladie SA (ci-après également : l'assureur ou l'intimée).

Le 31 août 2023, l'assureur a rendu la décision formelle suivante :

“Nous avons bien reçu votre courrier du 5 juillet 2023 et avons pris note de votre refus de notre proposition d'effectuer une nouvelle évaluation des besoins en soins à domicile et votre demande de décision formelle.

Nous nous référons aux soins à domicile dispensés par H. _____ sur prescription médicale de la docteure L. _____ pour la période du 1^{er} avril 2023 au 30 avril 2023 ainsi qu'à nos courriers du 18 mai 2023, du 12 juin 2023 et du 3 juillet 2023.

Suite à une vérification approfondie de la prescription et notes d'honoraire de soins à domicile et faisant suite à la visite à domicile du 7 septembre 2022 effectuée par notre infirmière-conseil nous constatons que certaines prestations ne sont pas reconnues par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Selon notre observation à domicile le 7 septembre 2022, Monsieur présente des périodes de blocages, décrites selon le rapport de H. _____ comme : « Monsieur s'enferme dans un mutisme qui peut durer des heures empêchant ainsi la continuation des soins ». Monsieur est calme mais l'aide-soignante doit attendre pour effectuer les soins.

Comme annoncé dans nos précédents courriers, les temps supplémentaires refusés représentent les temps d'accompagnement, d'attente (pour pouvoir effectuer les soins), de présence (lors des repas pour veiller à ralentir le rythme d'ingestion de Monsieur et l'encourager à boire) et de préparation des repas.

Ces temps ne sont malheureusement pas reconnus par la LAMal mais à charge de l'assuré. Ils peuvent néanmoins être pris en charge par l'AI ou les API. Aussi, nous vous encourageons à prendre contact avec ces services en vue d'une évaluation.

Toutefois nous avons accordé 10mn/jour supplémentaire pour la part de négociation. En effet selon la décision du TF de 2013 nous pouvons prendre en compte un temps de négociation dans les situations complexes et les pathologies du type de celle de notre assuré.

Suite à notre évaluation, le W. _____ a poursuivi les soins et nous a fait parvenir un nouveau mandat du 16 janvier 2023 au 16 avril

2023 annonçant 110 minutes de soins en tarif C par jour que nous avons acceptés.

Le suivi de W. _____ s'est arrêté le 31 mars 2023 sur votre demande.

Vous avez mandaté H. _____ de reprendre le suivi dès le 1^{er} avril 2023. Le volume de soins annoncés en tarif C s'est alors élevé à 297 minutes par jour.

Au vu de l'augmentation des soins de base du tarif C, nous avons proposé une nouvelle évaluation et observations des besoins en soins à domicile, proposition que vous avez refusée.

Au vu de tous les éléments et explications décrits ci-dessus, nous maintenons notre limitation du 18 mai 2023.

Les temps de soins accordés, sont :

- 60 minutes accordées pour le matin
- 30 minutes accordées pour le midi
- 30 minutes accordées pour le soir

Ci-dessous le détail des prestations acceptées selon notre observation à domicile du 7 septembre 2022 :

Position 10102 - Toilette complète au lit/ lavabo/ douche :
La toilette est faite au lit, sur lequel Monsieur tient bien assis. Il est très mobile et bouge de façon autonome sur le haut et sur le bas du lit, afin de permettre à l'aide-soignante de changer les draps. Cependant, il ne se lève pas

Décision : 25 min au lieu de 90min (La toilette du matin a nécessité 25 minutes, changement de la protection compris)

Positions 10302 + 10301 - Aide à boire et à manger :
Le petit déjeuner est donné par l'aide-soignante et se déroule sans problème. Monsieur mange seul la plupart du temps. En revanche, il nécessite de la surveillance car il a tendance à manger trop et trop vite. Il faut donc le ralentir, lui dire de bien mâcher et lui faire boire des verres d'eau régulièrement afin de favoriser la déglutition. Il doit aussi effectuer des exercices transmis par la logopédiste.

Décision : 15min 3x/jour au lieu de 125 min / jours (cf explication dans le 5^{ème} paragraphe ci-dessus)

Position 10114 - Aide à l'habillage :
L'habillage du matin est compris dans le temps de la prestation 10102 toilette complète.

Décision : 1x10min / jour au lieu de 2x 15 min / jour

Position 10503 - Lever coucher avec aide :
Cette prestation est déjà comptabilisée dans les temps de soins accordés.

Décision : 10 min / jour prestation refusée

Et peuvent être facturés comme suit :

Tarif A : 4 heures 34 minutes par mois (comme ordonné)

Tarif B : 15 heures par mois (au lieu de 26 heures et 32 minutes)

Tarif C : 60 heures par mois (au lieu de 148 heures 24 minutes)

En vertu de l'art. 25 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment, les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social.

Au sens de l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux arts. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques."

L'assuré a formé opposition à cette décision le 29 septembre 2023.

Par décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 2023, l'assureur a confirmé sa décision du 31 août 2023 limitant la prise en charge des soins infirmiers à domicile dispensés du 1^{er} au 30 avril 2023 par H. _____ Sàrl en faveur de l'assuré.

B. Le 22 janvier 2024, le recourant agissant par sa sœur et curatrice, O. _____, représentée par Me Grégoire Ventura, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme et à la prise en charge des prestations de soins litigieuses par l'intimée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

Par réponse du 13 mars 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023.

Les parties se sont encore déterminées les 1^{er}, 13 mai, 19 juin, 7 juillet et 22 août 2024, requérant notamment des mesures d'instruction complémentaire (audition de témoins et expertise médicale) et maintenant pour l'essentiel leurs conclusions respectives.

C. Le 1^{er} octobre 2024, le recourant a requis la restitution de l'effet suspensif, retiré dans la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023. Il a fait valoir à l'appui de cette requête qu'il craignait une mise en danger de son « intégrité vitale » ou, à tout le moins, une dégradation massive de son état de santé, en cas de limitation des heures de soins prodiguées par H._____ Sàrl, alors que l'intérêt privé d'être soigné conformément au mandat conféré à H._____ Sàrl se mêlait à l'intérêt public de la « dignité du patient », ces deux intérêts s'avérant, à son avis, prépondérants par rapport à l'intérêt économique de B._____ Assurance Maladie SA.

Par déterminations du 8 octobre 2024, l'intimée a conclu au rejet de la requête tendant au rétablissement de l'effet suspensif.

Par décision incidente du 10 octobre 2024, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif. Il s'est référé en particulier à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux prévisions sur l'issue du litige au fond (ATF 124 V 82) ainsi qu'à l'intérêt généralement prépondérant de l'administration à ne pas verser les prestations pendant la durée de la procédure (ATF 119 V 503 consid. 4).

D. Par acte du 24 octobre 2024, I._____ interjetée, par l'intermédiaire de son conseil, recours à l'encontre de la décision incidente précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision incidente du 10 octobre 2024 soit annulée et l'effet suspensif à l'opposition du 29 septembre 2023 ainsi qu'au recours du 22 janvier 2024 restitué. Pour l'essentiel, il fait valoir que l'argument des risques de recouvrement n'est pas fondé, dans la mesure où la prestation d'assurance à servir l'est à un tiers, soit H._____ Sàrl, qui offre toutes les garanties de remboursement en cas de jugement condamnatore, et pas à lui-même « qui est certes indigent ». Il estime par ailleurs qu'il est loisible à l'intimée de faire valoir tous les griefs qu'elle souhaite vis-à-vis de H._____ Sàrl dans le cadre de la demande de paiement de cette dernière à l'encontre de B._____ Assurance Maladie SA actuellement

pendante devant le Tribunal arbitral des assurances. Il précise encore que H. _____ Sàrl, « qui continue d'agir par éthique professionnelle », a dû baisser ses soins à environ quatre heures par jour, devant les factures impayées par l'intimée, les deux heures de soins nécessaires restantes étant prises en charge actuellement par sa curatrice, en sa qualité de proche aidante. Il fait enfin valoir que les chances de succès du recours sont élevées, dans la mesure où, même s'il est incapable de discernement, il a manifesté clairement sa volonté de ne pas être placé jusqu'à présent, ce qui est son droit strictement personnel.

Dans sa réponse du 8 novembre 2024, l'intimée conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Aux termes de l'art. 94 al. 2, 2^{ème} phrase, LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), les décisions sur mesures provisionnelles et celles relatives à l'effet suspensif peuvent faire l'objet d'un recours à la Cour dans un délai de dix jours dès la notification de la décision.

Formé en temps utile auprès du tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1], applicable à la procédure en matière d'assurance-maladie en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]), sauf dérogation expresse, le présent recours incident est recevable.

2. Le litige porte sur la décision incidente rendue par le juge instructeur de la Cour de céans le 10 octobre 2024, rejetant la requête de restitution de l'effet suspensif déposée par l'assuré le 1^{er} octobre 2024.

a) Selon l'art. 52 al. 4 LPGA, l'assureur peut, dans sa décision sur opposition, priver tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces, les décisions ordonnant la restitution de prestations versées indûment étant exceptées.

Aux termes de l'art. 61 LPGA, dans le domaine des assurances sociales, la procédure devant les tribunaux cantonaux est régie par le droit cantonal, sous réserve des exigences posées aux lettres a à i de cette disposition, ainsi que de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021). Selon cette dernière disposition, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 55 PA, la possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération ; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a ; ATF 117 V 185 consid. 2b ; TFA I 540/06 du 26 octobre 2006, consid. 2.2).

b) En l'occurrence, le recourant estime en substance que le risque financier de l'intimée est inexistant, en raison du système du tiers payant.

Cette argumentation ne peut toutefois être suivie. Comme il le reconnaît, le recourant est indigent. Ainsi, dans l'hypothèse d'une restitution de l'effet suspensif suivie d'une confirmation de la limitation prononcée par l'intimée en lien avec la prise en charge des coûts des soins dispensés par H._____ Sàrl, il serait à craindre que l'intimée ne rencontre des difficultés de recouvrement d'un important arriéré de prestations. Le recourant quant à lui pourrait en revanche obtenir aisément le paiement des prestations arriérées au cas où il obtiendrait finalement gain de cause. Comme l'observe l'intimée, le fait que le recourant soit indigent ne permet pas de prétendre que l'institut de soins à domicile H._____ Sàrl est redevable des soins qu'il a fournis.

Le recourant plaide encore que les chances de succès de son recours sont élevées, car même s'il est incapable de discernement, il a manifesté clairement sa volonté de ne pas être placé jusqu'à présent, ce qui est son droit strictement personnel.

On peine à suivre ici le point de vue du recourant. Quoiqu'il en soit, comme l'a relevé le premier juge, en procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération, *pour autant qu'elles ne fassent aucun doute* (ATF 124 V 82 consid. 6a). Lorsque sont mis en balance, d'une part, l'intérêt financier de la personne assurée à obtenir ou maintenir des prestations d'assurance sans attendre l'issue du litige au fond et, d'autre part, l'intérêt de l'assureur social à ne pas verser des prestations qu'il ne pourra vraisemblablement que difficilement recouvrer à l'issue du procès s'il obtient gain de cause, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant et l'emporte ainsi sur celui de la personne assurée (ATF 124 V 82 consid. 4 et 119 V 503 consid. 4). En l'occurrence, les prévisions sur l'issue du litige, en l'état du dossier, ne présentent pas un degré de certitude suffisant pour être prises en compte.

3. Il s'ensuit que le recours incident, mal fondé, doit être rejeté.

Il y a lieu de statuer sans frais, ni dépens, vu l'issue du litige.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours incident déposé le 24 octobre 2024 par I. _____ est rejeté.

- II.** La décision incidente rendue le 10 octobre 2024 par le juge instructeur de la Cour des assurances sociales est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Grégoire Ventura, à Lausanne (pour I. _____),
- B. _____ Assurance Maladie SA, à Martigny,
- 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).

Le greffier :