

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2025

Composition : M. PARRONE, président
Mme Durussel et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

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

et

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée.

Art. 25a et 32 LAMal ; art. 7 et 7a OPAS.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, domicilié auprès de sa sœur et curatrice, I._____, est assuré auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins depuis 2015. Il bénéficie de soins infirmiers à domicile depuis 2017 (cf. courriel du 15 janvier 2023 de I._____ à Mutuel Assurance Maladie SA).

L'assuré est atteint d'une trisomie 21, accompagnée d'un comportement autistique et d'une anxiété importante, lesquels entravent son autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. A la suite d'une hospitalisation consécutive à une infection par le Covid-19 en mai 2022, son état de santé s'est significativement dégradé. En sus de problèmes de déglutition, d'un reflux gastro-œsophagien, de bronchopneumopathies d'aspiration à répétition, il souffre désormais d'une incontinence urinaire et fécale, ainsi que d'une insuffisance rénale. Il a par ailleurs présenté une thrombose veineuse profonde en octobre 2022. Ont également été relevées une atrophie musculaire de la partie inférieure des jambes, des difficultés de la vision et une lenteur extrême pour effectuer les transitions (cf. notamment : rapport du 17 mai 2022 de la Dre D._____, médecin généraliste, et courriel du 15 janvier 2023 de I._____ à Mutuel Assurance Maladie SA).

Mutuel Assurance Maladie SA a sollicité une évaluation au domicile de l'assuré, réalisée par une infirmière-conseil le 7 septembre 2022. Le rapport correspondant, établi le 8 octobre 2022, a fait état d'un patient atteint d'une trisomie 21 et d'un syndrome démentiel débutant, dont l'état cognitif et les capacités étaient difficilement évaluables. L'assuré comprenait les tâches simples de la vie quotidienne, avec aide et stimulation pour les accomplir. Il présentait également des blocages lors de changements de situations connues ou lors d'instabilité. Le comportement était socialement inapproprié, mais sans agressivité. Une surveillance et une aide quotidienne étaient assumées par sa sœur, proche aidante, en raison d'un risque de mise en danger. Un certificat

médical retenait l'impossibilité de placer l'assuré en institution pour personne en situation de handicap, compte tenu de l'échec d'une première tentative de placement (cf. également à ce sujet : rapport du 27 avril 2021 de la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, produit au stade de la procédure de recours).

Des soins infirmiers à domicile ont été régulièrement prescrits par la Dre D._____ et dispensés à l'assuré par B._____Sàrl dès le 1^{er} avril 2023. Il bénéficie également de soins psychiatriques à domicile, prodigués par l'infirmière H._____, sur prescription de la Dre F._____.

Par rapport du 24 mai 2023, le Dr C._____, spécialiste en neurologie et épileptologie, a diagnostiqué un trouble neurocognitif progressif, à caractère dégénératif, entraînant une perte subtotale de l'autonomie. Il a conclu à une démence fronto-temporale dégénérative, avec conservation du langage et discrète atteinte de la mémoire immédiate.

Aux termes d'un courriel du 11 septembre 2023, adressé à Mutuel Assurance Maladie SA, la Dre F._____ a fait état de troubles du comportement significatifs nécessitant une surveillance ou un traitement (F71.1) chez un patient présentant une trisomie 21 (Q90.9), ainsi que de troubles mentaux et du comportement en lien avec un début de processus démentiel. Elle a précisé ce qui suit :

« [...] Le patient, suite à un échec de placement en institution au début 2021, présente un état de régression massive intercalé par plusieurs hospitalisations en milieu somatique pour des multiples pneumonies par broncho-aspiration ou Covid avec plusieurs jours d'intubation.

Après la longue hospitalisation en raison du Covid une fois de retour à la maison le patient suit le traitement de récupération respiratoire, mais psychiquement il reste dans le même état régressif ; toutes les activités de la vie quotidienne ont lieu dans son lit : manger, boire, uriner, se laver. Malgré l'intervention éducative du [...], [...], [les] soins à domicile, la médication psychotrope, le patient reste « cloué » au lit avec le risque de broncho-aspiration, pneumonie, la fonte de la masse musculaire, problème de coagulation, etc.

Le but de de l'intervention de l'infirmière en psychiatrie proposée par [...] (l'infirmière ayant aussi l'avantage de parler la langue arabe,

le patient n'étant pas francophone) serait d'introduire un programme de mobilisation, validation, avec l'installation de rituels pour les activités essentielles de la journée.

Après trois mois, j'ai constaté que le patient arrive à déjeuner à table au salon, il commence aussi à sortir de l'appartement pour des petites promenades en ville. Etant donné les progrès constatés dans la pratique, j'ai prolongé l'ordonnance pour le même type d'encadrement pour encore six mois, à une fréquence de 4 x 45 minutes par semaine.

Le pronostic reste réservé, mais pour le moment il n'y a pas un accord pour un placement institutionnel, la curatrice du patient étant opposée. [...] »

B. Dans l'intervalle, le 4 avril 2023, B._____Sàrl a complété un formulaire d'évaluation des prestations en faveur de A._____ pour la période 1^{er} au 30 avril 2023, validé par la Dre D._____, à l'attention de Mutuel Assurance Maladie SA. Ce document mentionnait un besoin de soins totalisant 179 heures et 30 minutes, à savoir :

- 4 heures et 34 minutes au tarif A ;
- 26 heures et 32 minutes au tarif B ;
- 148 heures et 24 minutes au tarif C.

A la demande de l'assureur, B._____Sàrl a précisé, le 11 mai 2023, que l'assuré était « dépendant à 100 % » et qu'il nécessitait de l'aide pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie. Etaient relevés des troubles de la déglutition, des infections pulmonaires et urinaires à répétition, une incontinence urinaire et fécale, des troubles cognitifs, une hypotension orthostatique, un ralentissement psychomoteur, une anxiété et une incapacité totale à effectuer les soins d'hygiène, l'habillage et la gestion du traitement médicamenteux. B._____Sàrl signalait que l'assuré bénéficiait des soins de base deux fois par jour. Les pathologies l'affectant revêtaient un caractère dégénératif, ce qui allait entraîner « inéluctablement une perte continue d'autonomie ». Vu ce contexte, les soins visaient uniquement à préserver quelques acquis. Un tableau détaillant les différents problèmes, les objectifs des soins et les interventions était annexé.

Par courrier du 18 mai 2023, l'assureur a indiqué à B._____Sàrl que le mandat de soins du 4 avril 2023 ne correspondait pas

aux exigences légales d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations. Par conséquent, Mutuel Assurance Maladie SA se trouvait dans l'obligation de limiter les prestations revendiquées pour le mois d'avril 2023, dans la mesure suivante :

- 4 heures et 34 minutes au tarif A ;
- 15 heures par mois au tarif B ;
- 60 heures par mois au tarif C, soit 60 minutes accordées pour le matin, 30 minutes pour le midi et 30 minutes pour le soir.

B. _____ Sàrl a contesté la limitation prononcée le 18 mai 2023 dans une correspondance du 23 mai 2023, réitérée le 31 mai 2023. Elle a rappelé qu'en raison des pathologies présentées par l'assuré, son état de santé correspondait à celui d'une personne âgée de plus de 80 ans, atteinte d'une démence avancée. Il n'était pas possible de réaliser les soins quotidiens dans les limites imposées par l'assureur. Elle proposait, s'agissant des prestations au tarif C, de prendre en considération 1 heure et 30 minutes pour le matin, 40 minutes pour le midi et 1 heure pour le soir. Les soins nécessaires allaient de toute façon être poursuivis dans la même mesure, compte tenu du désaccord de la famille de l'assuré en lien avec la limitation envisagée par l'assureur.

Mutuel Assurance Maladie SA a confirmé sa position par plis des 9 et 12 juin 2023, adressés respectivement à I. _____ et à B. _____ Sàrl.

Par courriers des 19 juin, 5 juillet et 18 août 2023, I. _____, agissant pour A. _____, a sollicité une décision formelle, munie des voies de droit, relative à la limitation des soins à domicile, auprès de Mutuel Assurance Maladie SA, ce en dépit de la proposition formulée par l'assureur le 3 juillet 2023 en vue d'une nouvelle évaluation de la situation de l'assuré à son domicile par deux infirmiers-conseils.

B._____Sàrl a fait parvenir à Mutuel Assurance Maladie SA deux nouveaux formulaires d'évaluation des prestations à fournir à l'assuré, pour les périodes du 1^{er} mai au 30 juillet 2023 et du 31 juillet au 30 octobre 2023, validés par le Dre D._____, mentionnant respectivement un besoin de soins de 543 heures et 46 minutes et de 549 heures et 27 minutes.

Par décision formelle du 31 août 2023, Mutuel Assurance Maladie SA a prononcé la limitation des soins infirmiers à domicile pour la période du 1^{er} au 30 avril 2023, conformément à la teneur de son courrier du 18 mai 2023. L'assureur s'est notamment référé à l'évaluation effectuée au domicile le 7 septembre 2022, précisant que les temps supplémentaires refusés concernaient les temps d'accompagnement, d'attente (pour pouvoir effectuer les soins), de présence (lors de repas pour ralentir le rythme d'ingestion et encourager l'assuré à boire) et de préparation des repas. Cela étant, étaient comptabilisées 10 minutes supplémentaires pour la négociation avec l'assuré. Mutuel Assurance Maladie SA confirmait par ailleurs que, pour les soins au tarif C, étaient accordées 60 minutes pour les soins du matin, 30 minutes pour le midi et 30 minutes pour le soir. L'assureur précisait également dans quelle mesure les diverses prestations avaient été limitées.

Par correspondance du 29 septembre 2023, A._____, représenté par I._____, a formé opposition contre la décision précitée, concluant à la prise en charge de la totalité des prestations revendiquées par B._____Sàrl du 1^{er} au 30 avril 2023. Il a, en particulier, requis que soient prises en charge 26 heures et 32 minutes au tarif B et 148 heures et 24 minutes au tarif C, invoquant que les restrictions décidées par l'assureur ne tenaient pas compte de son état de santé effectif et de ses besoins concrets, hors de la comptabilisation de tout temps d'attente ou de présence. Il a rappelé que, dans son cas, seule une prise en charge à domicile était envisagée sur le plan médical, de sorte que la décision incriminée allait à l'encontre des recommandations de ses médecins et niait son droit à des soins nécessaires et adéquats.

Mutuel Assurance Maladie SA a rendu sa décision sur opposition le 1^{er} décembre 2023, rejetant l'opposition de l'assuré et reprenant les termes de sa décision du 31 août 2023.

C. A._____, agissant par l._____, représentée par Me Grégoire Ventura, a déféré la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 22 janvier 2024. Sur le plan formel, il s'est prévalu d'une violation de son droit d'être entendu, estimant que la décision sur opposition litigieuse était dénuée de motivation, en ce sens qu'elle ne répondait pas aux arguments soulevés en procédure d'opposition et se limitait à reprendre les termes de la décision du 31 août 2023. Il convenait par conséquent d'annuler la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023 pour ce seul motif et de retourner le dossier à Mutuel Assurance Maladie SA. Sur le fond, l'assuré a fait valoir que les prestations de soins fournies par B._____Sàrl respectaient les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, rappelant la gravité de ses atteintes à la santé. Les soins prodigués ne s'apparentaient pas, à son avis, à des prestations d'intendance ou de d'assistance personnelle, mais constituaient des soins de base, confirmés par ses différents médecins traitants. Ces soins nécessitaient un temps conséquent en raison de son handicap. La position adoptée par Mutuel Assurance Maladie SA violait manifestement le principe de la non-discrimination des personnes souffrant de handicap. La limitation des coûts imposée par l'assureur était dès lors de nature à mettre sa santé en danger. S'agissant de la question de l'économicité des soins, l'assuré observait que l'assureur ne formulait aucun grief à cet égard en l'absence de toute alternative thérapeutique. Il soulignait qu'un placement en institution avait été tenté par le passé, lequel s'était soldé par un échec et avait entraîné un état de stress post-traumatique. Mutuel Assurance Maladie SA ne se prévalait au demeurant pas d'une disproportion des coûts entre le traitement prodigué à domicile et celui dispensé au sein d'un établissement spécialisé. L'assuré a, au surplus, suggéré la mise en œuvre d'une expertise visant à statuer sur l'adéquation des soins fournis par B._____Sàrl. Il a, principalement, conclu à la réforme de la décision sur opposition querellée, en ce sens que

l'intégralité des soins prodigués par le fournisseur de prestations soit prise en charge par Mutuel Assurance Maladie SA. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de dite décision sur opposition et au renvoi de la cause à Mutuel Assurance Maladie SA. L'assuré a enfin requis l'assistance judiciaire, compte tenu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 24 janvier 2024, le magistrat instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 22 janvier 2024, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Grégoire Ventura en qualité d'avocat d'office.

Mutuel Assurance Maladie SA a répondu au recours le 13 mars 2024 et conclu à son rejet. Après avoir rappelé la jurisprudence fédérale pertinente en la matière, elle a réitéré sa position sur les soins prodigués par B. _____ Sàrl en faveur de l'assuré. Elle s'est notamment référée à la visite à domicile de son infirmière-conseil du 7 septembre 2022 et à un avis de son médecin-conseil, établi le 22 février 2024, pour justifier la limitation des soins confirmée par le biais de la décision sur opposition litigieuse. Elle a par ailleurs mis en doute l'économicité des soins dispensés, soulignant que le tarif d'un home, au niveau le plus élevé, serait de 3'456 fr. par mois, alors que les soins revendiqués correspondaient à un montant mensuel de 9'863 francs. Les soins à domicile étaient donc 2,8538 fois plus coûteux que le tarif le plus élevé d'un établissement médico-social (EMS). Une expertise relative à l'adéquation des soins lui apparaissait superflue.

Par réplique des 1^{er} et 13 mai 2024, l'assuré a confirmé ses conclusions, bien que renonçant à la mise en œuvre d'une expertise et à l'audition de témoins. Il s'est interrogé, préalablement, sur le droit de Mutuel Assurance Maladie SA de limiter les prestations de soins, relevant que le litige relevait plutôt de la relation entre l'assureur et le fournisseur de prestations, ce qui impliquait de constater la nullité de la décision sur opposition entreprise. Cela étant, il a réitéré que la liste des soins prodigués, détaillée par B. _____ Sàrl et validée par la Dre D. _____, correspondait aux soins de base, lesquels devaient être considérés comme

nécessaires. Dite liste se fondait sur les données concrètes recueillies au domicile de l'assuré, tandis que les prestations étaient catégorisées selon le catalogue prévu par l'ordonnance applicable. Les limitations des soins prononcées par Mutuel Assurance Maladie SA s'avéraient infondées, quand bien même elles se basaient sur les observations de son infirmière-conseil et de son médecin-conseil, ceux-ci ne revêtant pas une garantie d'indépendance suffisante. Quant à la question d'un placement en institution, l'assuré a réitéré qu'une telle mesure ne serait ni efficace, ni appropriée, voire contre-indiquée, compte tenu de l'échec d'une telle tentative en 2021. Au demeurant, l'économicité d'un placement pouvait être mise en doute au vu du coût engendré pour la collectivité des assurés. Etaient notamment annexés à l'écriture de l'assuré le catalogue des prestations d'aide et de soins à domicile valable pour 2023, la contestation formulée le 5 avril 2024 par B. _____ Sàrl auprès de Mutuel Assurance Maladie SA en lien avec la limitation des soins dispensés à l'assuré du 1^{er} avril 2023 au 31 juillet 2024, accompagnée d'un tableau détaillant les différentes interventions, ainsi qu'un rapport du 30 mai 2023 du Dr G. _____, spécialiste en néphrologie. Ce dernier confirmait le diagnostic d'insuffisance rénale chronique d'origine indéterminée, en sus d'une urolithiase du rein gauche, d'une trisomie 21, de pneumonie à répétition, d'une hépatite médicamenteuse probable, d'une ancienne hépatite B guérie et d'une hypothyroïdie substituée.

Mutuel Assurance Maladie SA a dupliqué le 19 juin 2024 et maintenu ses conclusions. Elle a précisé, préalablement, être légitimée à prononcer une limitation des soins pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, sans devoir agir par le biais d'une procédure arbitrale contre le fournisseur des soins. Sur le fond, elle a maintenu sa position concernant la limitation des soins prodigués selon les tarifs B et C. Elle a souligné que la question de l'économicité des soins et d'une institutionnalisation devait se poser, en présence d'un assuré lourdement atteint, nécessitant une surveillance médicale constante. Compte tenu du refus de la sœur et curatrice de l'assuré de faire procéder à une nouvelle évaluation à domicile, Mutuel Assurance Maladie SA estimait désormais

nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. Elle a par ailleurs proposé l'audition de son infirmière-conseil et de son médecin-conseil.

Par détermination du 7 juillet 2024, l'assuré a confirmé ses conclusions, proposant l'audition de la directrice de B._____Sàrl. Il a par ailleurs produit une argumentation complémentaire de B._____Sàrl, destinée à justifier une nouvelle fois les soins dispensés, ainsi que de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport du 17 mai 2024 du Centre J._____, lequel mettait en évidence une maladie du sinus avec chronotropie insuffisante à l'effort et présence de très nombreuses pauses sinusales intermittentes ; les spécialistes proposaient l'implantation d'un stimulateur cardiaque bilatéral, suivie de l'arrêt du traitement antiépileptique ;
- une attestation du 2 juillet 2024 du Dr C._____, lequel soulignait que l'assuré présentait une démence dégénérative lentement progressive, s'inscrivant dans le cadre de la trisomie 21 ; en l'état, il souffrait de troubles de la motricité avec un manque d'initiative, une incontinence urinaire, des fluctuations importantes de la vigilance, des troubles végétatifs, ainsi que de troubles de la mémoire immédiate avec désorientation, troubles du langage et comitialité ;
- un certificat du 2 juillet 2024 du Dr G._____, lequel indiquait que l'assuré présentait une gestion volémique et hydrique difficile ; il avait alterné entre une déshydratation itérative conduisant à une insuffisance rénale et une hydratation excessive guidant à une décompensation cardiaque ; une surveillance ponctuelle et quotidienne était importante, sans nécessité d'une surveillance permanente ; l'assuré n'avait jamais été hospitalisé pour maintien à domicile difficile.

Le 2 août 2024, Me Ventura a produit la liste des activités déployées en faveur de l'assuré jusqu'au 19 juillet 2024, à la demande du tribunal.

D. En date du 12 août 2024, B._____Sàrl, également représentée par Me Ventura, a formulé une requête d'intervention auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, estimant avoir un intérêt juridique à agir dans la procédure intentée par A._____.

Le 22 août 2024, Mutuel Assurance Maladie SA a confirmé ses conclusions et les mesures d'instruction proposées.

Le 26 août 2024, l'assureur a conclu au rejet de la requête d'intervention déposée par B._____Sàrl.

Par écriture du 2 septembre 2024, A._____ a communiqué son aval eu égard à l'intervention requise par B._____Sàrl. Un tirage de la demande en paiement adressée le 29 août 2024 au Tribunal arbitral des assurances par B._____Sàrl contre Mutuel Assurance Maladie SA était versé en annexe pour information.

Le magistrat instructeur a établi une décision incidente le 3 septembre 2024, par laquelle il a rejeté la requête d'intervention de B._____Sàrl, faute à cette dernière de revêtir la qualité pour recourir ou le statut de partie, son intérêt à participer à la procédure s'avérant uniquement financier.

E. Le 1^{er} octobre 2024, A._____ a sollicité le rétablissement de l'effet suspensif retiré dans la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023, ce à quoi Mutuel Assurance Maladie SA s'est opposée le 8 octobre 2024.

Par ordonnance du 10 octobre 2024, le magistrat instructeur a rejeté la requête de rétablissement de l'effet suspensif présentée par l'assuré, sur la base de la jurisprudence fédérale rendue en la matière.

Statuant sur le recours introduit le 24 octobre 2024 par A. _____ contre l'ordonnance précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt incident du 19 novembre 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) A teneur de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Compte tenu de cette disposition, il ne fait pas de doute, contrairement à ce qu'a soutenu le recourant dans son écriture du 1^{er} mai 2024, que l'intimée était légitimée à lui adresser une décision formelle sur la limitation des soins prodigués. Cette compétence s'appuie, au surplus, sur les art. 7 ss OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). On rappellera, au demeurant, que le recourant a lui-même exigé l'établissement d'une décision formelle relative à la limitation de la prise en charge des soins dispensés par B._____Sàrl aux termes de ses correspondances des 19 juin, 5 juillet et 18 août 2023.

c) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Formulant préalablement un grief de nature formelle, le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, du fait

de l'insuffisance de motivation de la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3, deuxième phrase, LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle du droit d'être entendu, a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

c) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

d) Dans le cas particulier, on peut constater, à l'instar du recourant, que la motivation de la décision sur opposition litigieuse est succincte et se limite à reprendre les termes de la décision du 31 août 2023. On retient toutefois que l'intimée a, sans équivoque, maintenu sa décision de restreindre la prise en charge des soins à domicile, quand bien même elle ne s'est pas exprimée plus avant sur les arguments soulevés

par le recourant. L'intimée s'est à nouveau basée sur les observations ressortant de la visite à domicile réalisée par son infirmière-conseil le 7 septembre 2022. Dans ce contexte, le recourant a néanmoins été en mesure de faire valoir l'intégralité de ses griefs auprès de la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'il s'agit de considérer comme réparée une violation éventuelle de son droit d'être entendu.

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant a droit, pour la période du 1^{er} au 30 avril 2023, à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de l'intégralité des frais de soins à domicile qui lui ont été prodigués par B. _____ Sàrl. On relèvera que, quand bien même la décision sur opposition entreprise ne porte que sur les soins dispensés en avril 2023, les considérants du présent arrêt seront transposables aux soins mis en œuvre dès le mois de mai 2023.

4. a) Aux termes de l'art. 24 al.1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal.

b) En vertu de l'art. 25a al. 1 LAMal, 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. D'après l'art. 25a al. 3 et 4 LAMal, il appartient au Conseil fédéral, d'une part, de désigner les soins et de fixer la procédure d'évaluation des soins requis, et, d'autre part, de fixer en francs le montant des contributions prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en fonction du besoin en soins. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 let. b, h et i OAMal ; [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]), a édicté les art. 7 ss OPAS.

5. a) Selon l'art. 7 al. 1 OPAS, les prestations au sens de l'art. 33 let. b OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7 al. 2 let. a et art. 8 OPAS) sur prescription médicale ou sur mandat médical par des infirmiers et infirmières (let. a ; art. 49 OAMal) ; des organisations de soins et d'aide à domicile (let. b ; art. 51 OAMal) et des établissements médico-sociaux (let. c ; art. 39 al. 3 LAMal). L'art. 7 al. 2 OPAS précise que ces prestations comprennent l'évaluation, les conseils et la coordination (let. a) ; les examens et les traitements (let. b), à savoir : contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids ; ch. 1) ; test simple du glucose dans le sang ou l'urine (ch. 2) ; prélèvement pour examen de laboratoire (ch. 3) ; mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration ; ch. 4) ; pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés (ch. 5) ; soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale (ch. 6) ; préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui y sont associées (ch. 7) ; administration entérale ou parentérale de solutions nutritives (ch. 8) ; surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical (ch. 9) ; rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéostomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques (ch. 10) ; soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence (ch. 11) ; assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos (ch. 12) ; soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques (ch. 13) ; soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui (ch. 14), ainsi que les soins de base (let. c), à savoir : soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit,

l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement, aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche, aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter (ch. 1) ; mesures destinées à surveiller les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité (ch. 2).

b) Selon l'art. 7a al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge, pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7 al. 1 let. a et b OPAS (infirmiers et infirmières, organisations de soins et d'aide à domicile), les montants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7 al. 2 OPAS :

- pour les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination définies à l'art. 7 al. 2 let. a OPAS : 76 fr. 90 (let. a) ;
- pour les prestations d'exams et de traitements définies à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS : 63 francs (let. b) ;
- pour les prestations de soins de base définies à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS : 52 fr. 60 (let. c).

c) En vertu de l'art. 7a al. 3 OPAS, l'assurance prend en charge, s'agissant des fournisseurs de prestations visés à l'art. 7 al. 1 let. c OPAS (établissements médico-sociaux), les montants par jour suivants :

- jusqu'à 20 minutes de soins requis : 9 fr. 60 (let. a) ;
- de 21 à 40 minutes de soins requis : 19 fr. 20 (let. b) ;
- de 41 à 60 minutes de soins requis : 28 fr. 80 (let. c) ;
- de 61 à 80 minutes de soins requis : 38 fr. 40 (let. d) ;
- de 81 à 100 minutes de soins requis : 48 francs (let. e) ;
- de 101 à 120 minutes de soins requis : 57 fr. 60 (let. f) ;
- de 121 à 140 minutes de soins requis : 67 fr. 20 (let. g) ;
- de 141 à 160 minutes de soins requis : 76 fr. 80 (let. h) ;

- de 161 à 180 minutes de soins requis : 86 fr. 40 (let. i) ;
- de 181 à 200 minutes de soins requis : 96 francs (let. j) ;
- de 201 à 220 minutes de soins requis : 105 fr. 60 (let. k) ;
- plus de 220 minutes de soins requis : 115 fr. 20 (let. l).

6. a) 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).

b) 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 (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a).

c) L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c).

d) 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).

aa) Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 128 V 54 consid. 1b et les références citées ; 127 V 138 consid. 5 ; 124 V 196 consid. 4). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 126 V 334 consid. 2b).

bb) Lorsqu'il y a lieu d'examiner l'alternative que constituent des prestations de soins fournies à domicile par rapport à des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, le principe d'économicité n'autorise pas l'assureur à limiter d'office la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait à supporter en cas de séjour dans un établissement médico-social. L'appréciation du caractère économique ne doit en effet pas s'effectuer au moyen d'une stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. La jurisprudence a retenu que des prestations de soins fournies à domicile devaient, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettaient d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel (travail [ATF 126 V 334 consid. 3a], formation [TFA K 66/00 du 5 octobre 2000 consid. 3b, *in* : RAMA 2001 p. 23], engagement social ou politique) ou d'assumer une fonction sociale

importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas (telle que mère de famille ; TFA K 52/99 du 22 septembre 2000 consid. 3a, *in* : RAMA 2001 p. 10). Tel n'était en revanche pas le cas lorsque les soins à domicile ne permettaient à la personne assurée que de bénéficier d'une meilleure qualité de vie (TFA K 61/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a, *in* : RAMA 2001 p. 19).

cc) Le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social respectait « tout juste » le critère de l'économicité (TF 9C_940/2011 du 21 septembre 2012 consid. 3.4.). Ultérieurement, dans le cas d'une personne née en 1932, présentant un trouble démentiel léger, capable de se déplacer et de participer aux activités familiales, ainsi que de tenir son ménage de manière partiellement autonome, la Haute Cour a retenu que des soins à domicile 2,57 fois plus chers que ceux prodigués en établissement médico-social pouvaient être considérés comme économiques (TF 9C_343/2013 du 21 janvier 2014 consid. 4.1.1). Par arrêt subséquent, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que les coûts représentés par les soins à domicile étaient entre 2,3 et 3,04 fois supérieurs à ceux fournis dans un établissement médico-social. Retenant avoir affaire à un cas-limite dans la situation d'un assuré né en 1929, atteint d'un syndrome démentiel grave, il a considéré qu'il n'y avait pas de disproportion grossière des coûts des soins à domicile, lesquels lui apportaient tout de même une certaine plus-value (TF 9C_912/2017 du 6 décembre 2018 consid. 5.2.2). Dans un arrêt ultérieur, le Tribunal fédéral, rappelant la jurisprudence précitée, a nié l'économicité du coût des soins à domicile d'un facteur de 3,5 fois supérieurs aux coûts d'un établissement médico-social, dans le cas d'une assurée née en 1919, victime d'une chute avec fracture du col du fémur (TF 9C_41/2020 du 17 juin 2020 consid. 4.2.2).

dd) On peut en déduire que la fourniture de soins à domicile doit être associée à un certain bénéfice ou une certaine plus-value par rapport à un placement dans un établissement médico-social. Néanmoins, s'il existe une disproportion évidente entre les coûts de ces deux mesures,

les prestations de soins fournies à domicile ne peuvent plus être considérées comme conformes au critère de l'économicité, quels que soient les intérêts légitimes de la personne assurée, et cela même si les prestations de soins fournies à domicile apparaissent dans le cas particulier plus efficaces et appropriées qu'un placement dans un établissement médico-social (ATF 139 V 135 consid. 4.5 ; 126 V 334 consid. 2a).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

8. a) En ce qui concerne les soins dispensés par B. _____ Sàrl, celle-ci a notamment détaillé ses interventions comme suit, dans le tableau annexé à son courrier du 11 mai 2023 :

Problème / Diagnostic infirmier	Objectifs	Interventions
Anxiété liée à une perception de danger se	Diminuer l'anxiété	- Permettre l'expression de ses sentiments ;

<p>manifestant chez Mr par un faciès tendu, expression de l'inquiétude, de la nervosité et de la peur</p>		<ul style="list-style-type: none"> - L'informer au fur et à mesure de l'évolution du soin ; - Avoir l'aval de Mr avant tout acte ; - Planifier les soins de manière qu'un membre du personnel puisse établir une relation de confiance avec lui ; - Chercher à reconnaître les mécanismes d'adaptation de Mr ; - Valoriser les ressources personnelles de Mr.
<p>Risque élevé d'aspiration ou fausse route en lien avec son trouble de la déglutition</p>	<p>Diminuer le risque de la fausse route</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Installer Mr en position assise ou latérale avant l'hydratation et l'alimentation ; - Épaissir toute boisson et faire incliner légèrement la tête en avant pendant l'hydratation et l'alimentation ; - Mixer les aliments ; - Faire manger lentement et s'assurer que les aliments sont avalés avant de poursuivre le repas ; - Éliminer les sécrétions trop abondantes de la cavité buccale ; - Vérifier s'il reste des aliments dans les joues ou sous la langue après les repas.
<p>Atteinte à l'intégralité de la peau liée à l'incontinence urinaire et fécale</p>	<p>Préserver l'état cutané</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller régulièrement l'état de la peau, la coloration, la température, ecchymose de la plaie ; - Évaluer après combien de temps la peau retrouve la coloration après pression ; - Nettoyer la peau avec un savon doux, rincer et bien sécher délicatement ; - Masser la peau autour de la région atteinte ; - Nettoyer la région périanale après chaque incontinence ; - Appliquer une crème protectrice sur le siège ; - Mettre les culottes d'incontinence selon les besoins ; - Éviter les aliments et les liquides diurétiques ; - Limiter chez Mr la

		consommation de liquides après 18h.
Risque d'infections pulmonaires lié à des fausses routes répétées	Diminuer le risque des infections	<ul style="list-style-type: none"> - Enseigner la technique de soutien durant la toux, celle de la toux contrôlée et d'expectoration ; - Enseigner les moyens de prévenir les infections ; - Expliquer l'importance de dégager adéquatement les voies respiratoires.
Aide totale pour les AVQ (actes ordinaires de la vie quotidienne)	<p>Que Mr soit propre et soigné</p> <p>Toilette complète/douche au lavabo (10102) 90 minutes/jour</p> <p>Aider à manger/à s'alimenter (10302) 25 min. 3x/j</p> <p>Aider à boire (10301) 10 min. 5x/j</p> <p>Accompagner aux WC (10419) 10 min. 3x/j</p> <p>Aide à l'habillage/déshabillage (10114) 15 min. 2x/j</p> <p>Brosser les dents 2x/jour 5 min.</p>	<p>Mr présente une forme de trisomie avec des rituels donc c'est lui qui dit quand il est prêt pour qu'on puisse commencer et quand il souhaite arrêter, il faut absolument arrêter pour éviter de le contrarier, car s'il est contrarié, on ne peut plus rien en faire. C'est pour cette raison qu'on a besoin de plus de temps.</p> <p>Mr a besoin d'aide pour s'alimenter, pour couper les aliments et pour l'aider à les prendre avec la cuillère. Donner à manger prend du temps à cause du risque de fausses routes ; il faut prendre des petites quantités et à chaque fois lui demander de baisser la tête en avant.</p> <p>Mr doit boire au moins 2l de liquide par jour à cause de sa pathologie rénale et de son hypotension. Avant de lui donner la boisson, il faut l'épaissir et lui faire avaler une gorgée après l'autre la tête baissée, ce qui nécessite du temps.</p> <p>Mr a besoin d'être installé aux toilettes/changer de protection au moins 3x/jour pour éviter une péjoration de la peau du siège.</p> <p>Mr doit être déshabillé et habillé, ceci 2x/jour.</p> <p>Mr doit se brosser les dents après chaque repas pour éviter qu'en cas de</p>

	<p>Inhalation/aérosol (10203) 15 min. 1x/j</p> <p>Prise de température (10805) 5 min. 1x/j</p> <p>Donner les médicaments (10602) 6 min. 3x/j</p> <p>Prise de tension artérielle (10802) 1x/j</p> <p>Lever/coucher avec aide (10503) 5min. 2x/j</p>	<p>broncho-aspiration, les restes de nourriture ne passent dans les poumons et n'entraînent une infection.</p> <p>Mr a besoin de faire un aérosol tous les matins pour ouvrir les voies respiratoires.</p> <p>Mr fait beaucoup de fausses routes et fait régulièrement des infections ; prendre régulièrement la température va permettre de prendre plus vite les mesures nécessaires.</p> <p>Il faut écraser les médicaments et les lui faire prendre avec un yaourt ou une boisson épaissie.</p> <p>Mr fait des hypotensions ce qui nécessite des contrôles de tension artérielle tous les jours.</p>
<p>Hypotension orthostatique</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Faire boire régulièrement Monsieur (2l/j) ; - Ne pas se lever brusquement ; - Réaliser des manœuvres de contraction des membres inférieurs et supérieurs avant de se lever ; - Augmenter l'apport en sel dans l'alimentation ; - Eviter la station debout prolongée.

b) De son côté, l'intimée a justifié la limitation de la prise en charge des soins prodigués du 1^{er} au 30 avril 2023 sur la base des observations consignées par son infirmière-conseil le 8 octobre 2022. En outre, au stade de la présente procédure, l'intimée a fourni l'avis émis par son médecin-conseil le 22 février 2024, lequel est libellé de la manière suivante :

Mandat du 01.04.2023 au 30.04.2023	Temps demandé par jour et par tarif par Spitex	Temps accordé par jour selon les tarifs par GM (réd. :	Explications
------------------------------------	--	--	--------------

		Groupe Mutuel)	
Tarif A : 4 :34h / mois	7 min/jour	Accordé 7 min/jour	Temps accordé sur la base du temps demandé.
Tarif B : 26 :32h / mois	Tarif B/jour 53 min/jour	Tarif B/jour 30 min/jour	
B : 10801 : Contrôle de santé	5 min/j	5 min/sem	Le processus de soins n'est pas documenté, cependant nous accordons 5 min/sem.
B : 10803 : Contrôle du pouls	5 min/jour	0 min/jour	Pas documenté
B : 10602 : Donner des médicaments	3x6 min/jour	3x6 min/jour	Temps accordé.
B : 10203 : Inhalation/aérosol (présence constante)	15 min/jour	12 min/jour	La prestation est cumulée avec d'autres prestations B ; il est d'usage d'adapter le temps de la prestation.
B :10805 : Prise de la température	5 min/jour	5 min/sem	Selon les documents de soins : « Mr fait facilement des fausses routes et fait régulièrement des infections, prendre la température va permettre de prendre plus vite les mesures nécessaires ». le processus de soins n'est pas documenté.
B : 10802 : Prise de la tension artérielle	5 min/jour	5 min/sem	Selon les documents de soins : « Mr fait des hypotensions ce qui nécessite des contrôles de tension artérielle tous les jours ». Les résultats de la mesure ne sont pas documentés, comme l'indique le catalogue de prestation.
Tarif C : 148 : 24 h / mois	Tarif C par jour : 297 min/jour	Tarif C : 120 min/jour	60 min le matin. 30 min le midi. 30 min le soir.
C : 10102 : Toilette complète	90 min/jour le matin	25 min/jour le matin	Référence à la visite à domicile du 07.09.2022 : la toilette du matin a nécessité 25 mn changement de la protection comprise. Les temps d'attente en lien avec sa pathologie ne sont pas à la charge de la LAMal.
C : 10302 : Aider à manger	3x25 min/jour	3x15 min/jour	Référence à la visite à domicile du 07.09.2022, ainsi qu'au document de soins reçu de B. _____ Sarl reçu le 11.05.2023 : « Mr a

			<p>besoin d'aide pour s'alimenter, pour couper les aliments et pour l'aider à les prendre avec la cuillère. » Nous accordons un temps de 15 mn 3x/jour pour les repas sachant qu'il ne s'agit que du temps de « donner les aliments en bouche ». Le temps pour la préparation ou pour couper les aliments n'est pas inclus dans la LAMal.</p>
C : 10301 : Aider à boire	5x10 min/jour	0 min/jour	<p>Selon le catalogue de prestation : « Aider à boire » correspond à : « Faire le bilan hydrique, faire le bilan des éliminations, instruire le client et son entourage sur l'importance d'une bonne hydratation. » Or, la documentation de soins de B._____Sàrl ne décrit pas ces besoins mais précise que : « Mr doit boire 2l de liquide par jour ; il faut épaissir les liquides avant de lui donner à boire. » Le processus de soins n'est pas documenté ; reçu aucun bilan hydrique faisant état des liquides ingérés comme l'indique le but de la prestation.</p>
C : 10419 : Accompagner au WC	3x10 min/jour	3x10 min/jour	Temps accordé.
C : 10114 : Aide à l'habillage	2x15 min/jour	10 min/jour	<p>Le temps de l'habillage du matin est déjà inclus dans les soins du matin. Pour le soir le déshabillage ne nécessite pas 15 min, mais 10 min, puisque la prestation est cumulée avec d'autres soins de prestation C.</p>
C : 10112 : Brosser les dents	2x5 min/jour	2x5 min/jour	Temps accordé.
C : 10503 : Lever/coucher avec aide	2x5 min/jour	2X5 min/jour	Temps accordé.
C : 10108 : Soins des ongles des mains	30 min/mois	30 min/mois	Temps accordé.
C : 10109 : Soins des ongles des pieds	15 min/mois	15 min/mois	Temps accordé.
C : Global		10 min/jour	<p>Selon notre courrier du 31.08.2023, nous accordons 10 min/jour de tarif C selon le TF</p>

Tarif A : soit 4.34 h/mois Tarif B : soit 15 h/mois Tarif C : soit 60 h/mois			2013 prenant en compte un temps supplémentaire pour les négociations dans les situations complexes et les pathologies du type de celle de notre assuré.
---	--	--	---

c) Il est établi que le recourant est lourdement atteint dans sa santé, souffrant non seulement d'une trisomie 21, accompagnée d'un processus démentiel dégénératif, mais également de multiples affections somatiques graves (insuffisance rénale et cardiaque, troubles respiratoires, incontinence urinaire et fécale, etc.). Il n'est pas contesté, compte tenu de ce tableau clinique sévère et sans espoir de rémission, que le recourant nécessite les soins qui lui sont prodigués quotidiennement et que ces soins apparaissent a priori efficaces pour pallier les conséquences des graves atteintes à la santé dont il souffre.

d) Il n'est cependant pas possible, en l'état du dossier, de se déterminer sans équivoque sur les positions respectives des parties, citées ci-dessus, en particulier en lien avec l'adéquation de chacune des mesures thérapeutiques dispensées et du temps consacré à leur accomplissement. On peut certes relever que les soins prodigués par B. _____ Sàrl sont cautionnés par la Dre D. _____, de sorte qu'on ne saurait a priori douter de leur indication médicale. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, compte tenu de ce qui suit.

9. a) Se pose manifestement en l'espèce la question d'une alternative thérapeutique, à savoir le placement du recourant dans une institution spécialisée ou un établissement médico-social, ce qui justifie d'examiner le cas particulier sous l'angle du critère d'économicité. Quoique soutienne le recourant, d'un point de vue médical, rien au dossier ne permet d'affirmer que les soins fournis en EMS seraient moins efficaces et appropriés que les soins fournis à domicile. On observe que le refus d'intégrer une institution spécialisée semble bien plutôt fondée sur la

décision catégorique de la sœur du recourant (cf. notamment : courriel du 11 septembre 2023 de la Dre F. _____ à l'intimée). On ne saurait en aucun cas se fonder sur les expériences de placement en institution réalisées en 2021 pour parvenir à une telle conclusion, alors que depuis lors, tout particulièrement depuis mai 2022, l'état physique et mental du recourant s'est largement altéré. Il continue d'ailleurs de se détériorer significativement, ce qu'atteste l'ensemble de ses médecins traitants. Etant donné la démence fronto-temporale dont le recourant est atteint, on peut douter qu'il soit désormais en mesure d'évaluer la qualité du lieu de vie dans lequel il se trouve. Les éventuels avantages psychoaffectifs d'un maintien à domicile du recourant doivent ainsi être ramenés à une proportion pratiquement inexistante, tandis que son état de santé est voué à décliner. Le recourant se trouve d'ores et déjà dans un état de dépendance totale pour toutes les activités de la vie quotidienne. Il ne dispose, à l'évidence, plus des facultés suffisantes pour participer activement à une quelconque forme de vie sociale ou familiale. Dans ce contexte, les bénéfiques objectifs des soins à domicile apparaissent particulièrement ténus et ne correspondent assurément pas aux formes de bénéfiques attendus en vertu de la jurisprudence (cf. consid. 6d *supra*).

b) Eu égard à la question de l'économicité des soins litigieux, il y a lieu, en application de l'art. 7a OPAS, de retenir, d'une part, un montant de 115 fr. 20 (al. 3, let. l) par jour au titre des prestations de soins fournies en EMS et, d'autre part, un montant de 52 fr. 60 par heure au titre des prestations de soins fournies à domicile (soins de base ; al. 1 let. c). Le montant revendiqué par B. _____ Sàrl pour les soins à domicile prodigués en avril 2023 s'élève à 9'863 fr. 03, selon les calculs de l'intimée, non contestés par le recourant (cf. réponse au recours du 13 mars 2024, p. 14). Si l'on compare le total de 9'863 fr. 03 avec le montant de 3'456 fr. par mois (115 fr. 20 x 30) que l'intimée devrait déboursier en cas de séjour dans un établissement médico-social ou une institution spécialisée, il apparaît que les soins à domicile sont 2,85 fois plus chers que les soins potentiellement dispensés en EMS.

c) Etant donné les bénéfices restreints des soins fournis à domicile et la disproportion entre le coût d'une prise en charge à domicile et celui d'une prise en charge en EMS, on peut exclure que la fourniture de prestations de soins à domicile revête, in casu, le caractère économique requis par les art. 32 et 56 LAMal. Le présent cas ne saurait être qualifié de « cas-limite », comme l'a retenu le Tribunal dans certaines affaires. En l'occurrence, la sévérité des atteintes à la santé du recourant et leur caractère dégénératif ne permettent pas d'entrevoir un bénéfice suffisant qui justifierait un effort particulier de la part de l'assurance obligatoire des soins. Compte tenu de la solution alternative à disposition, à savoir l'intégration du recourant dans une institution adaptée à son état de santé, son maintien à domicile ne correspond pas aux critères d'une gestion économique et rationnelle de l'assurance-maladie sociale.

10. a) L'intimée était par conséquent légitimée à prononcer la limitation de la prise en charge des soins à domicile par décision du 31 août 2023, confirmée le 1^{er} décembre 2023.

b) Etant donné les pièces versées au dossier du recourant, lesquelles permettent à la Cour de céans de statuer, il est superflu de procéder aux mesures d'instruction envisagées par les parties (expertise médicale, audition de témoins). Les requêtes en ce sens peuvent donc être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. consid. 7b *supra*).

11. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de rejeter le recours et de confirmer la décision sur opposition du 1^{er} décembre 2023.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu l'issue du litige, la partie recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Ventura, à

compter du 22 janvier 2024 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de la liste des opérations transmise le 2 août 2024 et des activités subséquentes, il apparaît adéquat de chiffrer à 35 heures le temps total de l'intervention de Me Ventura en faveur du recourant. Vu le tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ), auxquels s'ajoutent des débours à concurrence de 315 fr. et la TVA au taux de 8,1% à hauteur de 535 fr. 85, le montant total de l'indemnité d'office due à Me Ventura s'élève ainsi à 7'150 fr. 80 dans la présente affaire. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC applicable sur renvoi).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser l'indemnité d'office de 7'150 fr. 80, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 2023 par Mutuel Assurance Maladie SA est confirmée.

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

- IV. L'indemnité d'office de Me Grégoire Ventura, conseil du recourant, est arrêtée à 7'150 fr. 80 (sept mille cent cinquante francs et huitante centimes), débours et TVA compris, et est provisoirement supportée par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité de son conseil d'office mise à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Grégoire Ventura, à Lausanne (pour A. _____),
- Mutuel Assurance Maladie SA, à Martigny,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :