

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Décision du 4 juillet 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : Mme Parel

* * * * *

Cause pendante entre :

A.D. _____, à Vich, recourant, représenté par Me Jacques Micheli, avocat à
Lausanne

et

X. _____, à Zurich, intimée

Art. 24, 32 al. 1 et 56 LAMal; 94 al. 1 let c LPA-VD

Vu l'assuré A.D._____, né le 2 juin 1955, au bénéfice d'une assurance-maladie obligatoire auprès de X._____, qui a été victime d'une hémorragie cérébrale le 4 août 2004, ce qui a provoqué un locked-in syndrome,

vu le séjour hospitalier de l'assuré aux Hôpitaux universitaires L._____ (ci-après : L._____), du 4 août 2004 au 21 avril 2005, puis au Centre suisse de Paraplégie de M._____, du 21 avril au 9 novembre 2005,

vu le rapport médical établi le 4 octobre 2005 par les responsables du Centre suisse de Paraplégie, dont il ressort en substance ce qui suit :

"l'épouse de l'assuré est la seule personne qui parvient à communiquer de manière satisfaisante avec celui-ci et cette communication est indispensable à la santé du patient. En effet, en parvenant à se faire comprendre, le patient peut exprimer ses douleurs et se faire soigner en toute sécurité. Un retour à domicile est également recommandé pour améliorer l'état psychique du patient. Mme B.D._____ est en train d'organiser le retour à domicile et l'instruction du personnel soignant. L'état de santé et les soins nécessaires permettent ce retour.",

vu le retour à domicile le 9 novembre 2005, où A.D._____ est dorénavant soigné et pris en charge par son épouse,

vu la Convention de collaboration concernant la situation de soins de A.D._____, signée entre la Fondation W._____ pour l'aide et les soins à domicile (CMS/Spitex) de Q._____, l'épouse de A.D._____, le Dr V._____, médecin traitant, et la caisse-maladie X._____,

vu la prise en charge des soins dès le mois d'août 2006 par la Fondation W._____ pour l'aide et les soins à domicile (CMS/Spitex) de Q._____,

vu les différentes évaluations en besoin de soins effectuées par le CMS, dont les coûts se sont élevés en moyenne, par mois, depuis 2006, à 11'000 francs, 16'000 fr. et 18'000 francs,

vu le contrôle des soins auquel X._____ a procédé le 16 novembre 2007 et qui a abouti à la décision de limiter la participation au recouvrement des coûts CMS/Spitex à 8'709 fr. par mois,

vu la décision formelle prise par X._____ le 28 mars 2008 et qui prévoit que la participation au recouvrement des coûts CMS/Spitex en faveur de l'assuré s'élève à 8'709 fr. par mois à partir du 1^{er} avril 2008, une opposition éventuelle contre cette décision n'ayant pas d'effet suspensif,

vu l'opposition formée par l'assuré le 28 avril 2008 et la requête de mesures préprovisionnelles et de mesures provisionnelles déposée le même jour auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, par laquelle l'assuré, représenté par son épouse B.D._____, et dont le conseil est l'avocat Jacques Micheli, a conclu à ce que X._____ est tenue de continuer à prendre en charge le coût des soins à domicile à hauteur de 18'000 fr. par mois à partir du 1^{er} avril 2008,

vu l'ordonnance de mesures préprovisionnelles ordonnant la poursuite de la prise en charge du coût des soins à domicile à hauteur de 18'000 fr. par mois pour les mois d'avril, mai et juin 2008,

vu l'audience d'instruction et de conciliation du 6 juin 2008, au cours de laquelle un accord a été trouvé entre les parties en ce sens que X._____ a déclaré prendre en charge le coût des soins à domicile de A.D._____ à hauteur de 18'000 francs durant la procédure d'opposition et, cas échéant, de recours,

vu la décision sur opposition du 10 juin 2008, par laquelle X._____ a rejeté l'opposition de l'assuré,

vu le recours du 7 juillet 2008, par lequel le recourant conclut à la réforme de la décision entreprise en ce sens que la participation de X._____ au coût des soins à domicile est maintenue au-delà de l'issue de la présente procédure à un montant de 18'000 francs,

vu la réponse du 29 juillet 2008, par laquelle X._____ a conclu au rejet du recours,

vu l'échange ultérieur d'écritures,

vu l'audience d'instruction complémentaire (transport sur place et audition de témoins), éventuellement de débats et de jugement du 23 septembre 2009, au cours de laquelle les parties ont convenu de suspendre la procédure pour parvenir à une solution transactionnelle,

vu la convention passée entre les parties, signée respectivement les 8 et 15 juin 2012, accord dont le contenu est le suivant :

"Il est préliminairement rappelé que A.D._____ a été victime d'une hémorragie cérébrale le 4 août 2004 et souffre d'un locked-in syndrome. De retour à son domicile depuis le 9 novembre 2005, il est soigné et pris en charge par son épouse et, dès août 2006, par la Fondation W._____ pour l'aide et les soins à domicile ou CMS de Q._____.

Depuis lors, X._____ a pris en charge le coût des soins à domicile prodigués par ce CMS.

A partir du 1^{er} avril 2008, X._____ a décidé de limiter sa participation aux frais de maintien à domicile de A.D._____ à fr. 8'709.- par mois.

A.D._____ a fait opposition à cette décision.

Une procédure de recours et une procédure de mesures provisionnelles ont ensuite divisé les parties devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, aujourd'hui Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A titre provisionnel, X._____ a accepté de continuer à prendre à sa charge les frais de maintien à domicile de A.D._____.

Pendant la suspension de la procédure de recours, les coûts du maintien à domicile de A.D._____ ont diminué, ce qui a amené X._____ à revoir sa position et à accepter de continuer à prendre à sa charge les frais de maintien à domicile de A.D._____.

Cela étant rappelé, les parties conviennent de ce qui suit :

I.

X._____ annule sa décision du 28 mars 2008 et accepte de continuer d'assumer les frais de maintien à domicile de A.D._____.

II.

X. _____ se reconnaît la débitrice de A.D. _____ de la somme de fr. 8'000.- (huit mille francs) à titre de participation aux honoraires de son avocat Me Jacques Micheli.

III.

La présente transaction est adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour valoir jugement."

vu les pièces au dossier;

attendu que, formé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) et est recevable à la forme, dès lors qu'il satisfait aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA),

qu'à teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière,

que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD);

attendu que, selon l'art. 24 LAMal (dans sa teneur au moment des faits juridiquement déterminants; [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]), l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34,

que 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 par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a ch. 3),

que l'art. 32 al. 1 LAMal statue que les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques,

que le droit à des soins à domicile n'implique pas une priorité par rapport au principe de l'économicité au point qu'il n'y aurait plus besoin, dans ce cas, de procéder à l'examen du caractère économique du traitement (ATF 126 V 334 et 124 V 362),

qu'à cet égard, les dispositions de l'art. 8a OPAS (ordonnance du Département fédéral de l'Intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31) comme celles de l'art. 9 al. 3 aOPAS font dépendre la prise en charge des prestations étendues de soins à domicile de leur caractère économique au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal,

que l'art. 56 LAMal souligne que les prestations doivent se limiter à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré,

qu'en se référant à cet élément (l'intérêt de l'assuré), le législateur a voulu souligner que le critère économique des prestations ne saurait être interprété de manière trop limitative,

que la rigueur du critère économique doit en particulier être atténuée lorsque le choix de la méthode de traitement plus économique entraîne des inconvénients sérieux pour l'assuré,

qu'il faut en particulier tenir compte, dans l'évaluation du caractère économique de la prestation, des droits fondamentaux garantis par la Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) et les textes internationaux tels que la protection de la sphère privée, le respect de la dignité humaine et le maintien de la vie familiale (ATF 126 V 334),

qu'il ressort en outre des travaux préparatoires que l'intention du législateur était de donner la préférence, en principe, au traitement à domicile par rapport à celui de l'hôpital ou dans un établissement médico-social (EMS) et de permettre à l'assuré, dans les limites du possible, de suivre un traitement à domicile, dans un environnement habituel,

que, partant, la notion du caractère économique du traitement ne peut être interprétée au sens strict (TFA, 2000 K 37/00 arrêt du 22 septembre),

que l'application du principe de l'économicité ne signifie pas que l'assureur-maladie est toujours en droit de limiter la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait dû supporter en cas de séjour de l'assuré dans un home,

que l'appréciation du caractère économique de la prestation ne doit pas, en effet, s'effectuer sur la base d'une simple comparaison des frais de part et d'autre,

que, néanmoins, lorsque, en regard de mesures également adéquates, il existe une disproportion manifeste entre ces frais, la mise en oeuvre de soins à domicile ne saurait plus être considérée comme économique et ce, même en considération d'intérêts légitimes de l'assuré;

attendu que les litiges portant sur des prestations d'assurance sociale peuvent être réglés par transactions qui doivent être notifiées par l'autorité administrative ou judiciaire sous forme de décision sujette à recours (art. 50 al. 1 à 3 LPGA; ATF 135 V 65 consid. 1 pp. 67 ss),

que la décision de classement de l'affaire par le juge produit les mêmes effets qu'un jugement (ATF 112 V 174),

que le Tribunal fédéral considère que la décision par laquelle un tribunal radie une affaire du rôle à la suite d'une transaction judiciaire doit contenir une motivation sommaire expliquant dans quelle mesure cette transaction est conforme aux circonstances de fait et à la loi,

que cette exigence est déduite du droit d'être entendu, qui comprend notamment le devoir pour l'autorité administrative ou judiciaire de motiver ses décisions en lien avec le devoir de surveillance d'autres autorités (cf. ATF 135 V 65 consid. 2.1-2.7 pp. 71 ss; TF 9C_671/2009 arrêt du 16 novembre 2009 consid. 2.1),

que, dans un arrêt du 19 octobre 2010 (cause 9C_662/2010, SZS/RSAS 55/2011 p. 73), le Tribunal fédéral a considéré que cette exigence était satisfaite dans la mesure où la décision de classement était compréhensible d'un point de vue matériel bien qu'elle ne contienne que le libellé de la transaction, accompagné de la constatation qu'elle tient compte des intérêts des parties et qu'elle est bien conforme à l'état de fait et à la situation en droit (9C_662/2010);

attendu, en l'espèce, que les parties ont conclu une transaction signée respectivement les 8 et 15 juin 2012,

qu'en l'occurrence, l'intimée constatant que les coûts du maintien à domicile de A.D. _____ avaient diminué, est revenue sur sa décision en l'annulant purement et simplement et en acceptant de prendre à sa charge les frais de maintien à domicile de l'assuré,

qu'il ressort de l'examen de la transaction que le contenu de celle-ci est en adéquation avec les faits de la cause,

qu'elle est conforme à la loi et qu'elle tient compte de l'intérêt des parties,

que rien ne s'oppose dès lors à son approbation,

que, cela étant, vu l'accord des parties et l'annulation de la décision attaquée, le recours est devenu sans objet, ce qui justifie de rayer la cause du rôle,

que, conformément à l'art. 94 al. 1 let. c LPA-VD, la présente cause ressortit à la compétence du juge instructeur statuant comme juge unique,

que la présente décision doit être rendue sans frais ni dépens.

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

- I. Acte est pris de la transaction intervenue entre les parties, pour valoir jugement.
- II. La cause est rayée du rôle.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

La décision qui précède est notifiée à :

- Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- X. _____, à Zurich,
- Office fédéral de la santé publique, à Zurich,

par l'envoi de photocopies.

La présente décision 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 :