RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3872/2022 **ATAS/919/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 novembre 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

~~**GROUPE MUTUEL**~~***** intimé

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA
Rectification d'une erreur matérielle le 19.12.2023/MOV/RNA

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES, juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1966, présente une infirmité motrice cérébrale ayant justifié le versement d'une allocation pour impotent de degré grave dès 1987.

b. L'assuré est affilié pour l'assurance obligatoire des soins auprès du ~~**GROUPE MUTUEL**~~*** MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA** (ci-après l'assureur ou l'intimé). ***Rectification d'une erreur matérielle le 19.12.2023/MOV/RNA**

c. Après avoir été informé par l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) du versement d'une allocation pour impotent à l'assuré, l'assureur a communiqué le 11 juin 2018 à celui-ci que ses prestations pour soins à domicile seraient à l'avenir réduites en fonction de cette allocation. Le montant déduit s'élèverait à CHF 376.- par mois dès le 1er juillet 2018. Conformément à la jurisprudence et à défaut de justificatifs établissant des frais plus importants, cette réduction correspondait à 44 % du montant de l'allocation pour impotent.

B. **a.** Le 3 juin 2021, B_____, l'organisation d'assistance et de soins à domicile en charge des soins de l'assuré (ci-après l'OASD), a transmis à l'assureur le mandat médical pour les soins pour la période du 3 juin au 3 décembre 2021, signé par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne. L'évaluation et les conseils correspondaient à 0.3 heure par mois, et les soins de base à 114.5 heures par mois.

La liste des prestations jointe prévoyait notamment la toilette complète quotidienne, correspondant à 70 minutes (position 10105), l'aide à l'habillage et au déshabillage quotidienne, correspondant à 15 minutes (position 10114), l'aide pour boire, deux fois par jour, correspondant à 10 minutes (position 10301), l'aide pour manger, deux fois par jour, correspondant à 20 minutes (position 10302), et le soutien et les conseils à l'assuré et ses proches deux fois par jour, correspondant à 10 minutes (position 10909). Tous ces postes étaient facturés au tarif C.

b. À la demande de l'assureur, l'OASD lui a adressé le plan de soins et les justifications le 16 juin 2021. Le plan précisait que l'assuré présentait une infirmité motrice cérébrale avec des troubles de l'équilibre, des troubles moteurs avec déformation des membres supérieurs et inférieurs et des troubles du langage.

L'aide à l'habillage consistait à aider l'assuré à se dévêtir le soir, eu égard à son trouble moteur. L'aide à boire consistait à l'aider à boire avec la paille, vérifier la température des liquides et éviter les fausses routes dues à sa pathologie. L'aide pour manger était nécessaire en raison des tremblements de l'assuré. Elle impliquait de l'aider à manger, de vérifier la température des aliments, de couper les morceaux et d'éviter les fausses routes. Le besoin net s'élevait à 694.1 heures pour la période du 3 juin au 3 décembre 2021.

c. Le 1er juillet 2021, l'assureur a indiqué à l'OASD que son mandat ne remplissait pas les critères d'efficacité, d'économicité et du caractère approprié des prestations. Il limitait dès lors les prestations comme suit : la position 10114 « Aide à l'habillage » était refusée dans son intégralité, de même que les positions « Aide pour boire » et « Aide pour manger ». Un maximum de 64 heures et 29 minutes par mois de soins au tarif C pouvait être remboursé.

d. L'OASD, par courriel du 19 juillet 2021, a indiqué que la prestation « Aider à boire » était nécessaire car l'assuré buvait à la paille et avait des tremblements entrainant un besoin d'aide. La prestation « Aider à manger » consistait à lui chauffer son plat, car il ne pouvait le faire seul. Il ne pouvait porter un plat et le mettre au micro-ondes, et il ne pouvait couper lui-même ses aliments. Quand l'assuré travaillait, il se faisait aider par ses collègues lors du repas de midi, ces derniers lui amenant son plat et lui coupant ses aliments. La prestation « Soutien et conseil » consistait à écouter l'assuré. En raison de ses difficultés d'élocution, il était parfois nécessaire de répéter plusieurs fois les questions, ce qui prenait du temps.

e. Le 20 juillet 2021, l'assuré a invité l'assureur à lui adresser une décision motivée concernant sa limitation des soins et à lui faire parvenir l'intégralité de son dossier.

f. Le 10 août 2021, l'assureur a informé l'assuré que les prestations refusées, concernant les aides pour servir à boire et à manger ainsi que chauffer les aliments et les couper, n'étaient pas prises en charge par l'assurance-maladie. Son infirmière-conseil avait eu un entretien téléphonique avec l'OASD le 6 août 2021 afin de vérifier si des éléments nouveaux pouvaient influencer sa décision. Or, celle-ci avait confirmé que les informations contenues dans les documents du 16 juin et du 19 juillet 2021 correspondaient aux prestations fournies. L'assuré avait bénéficié d'une aide pratique à la personne, qui pouvait être financée par l'allocation pour impotent. L'assureur l'a invité à faire valoir ses droits auprès de l'OAI. À titre exceptionnel, il acceptait de prendre en charge ses frais pour les mois de juin à août 2021.

g. Par courrier du 7 octobre 2021, l'assuré, par sa mandataire, a une nouvelle fois demandé à l'assureur de se prononcer par une décision formelle sur la limitation des soins à domicile.

h. Par décision du 19 janvier 2022, l'assureur, se référant aux soins prescrits du 3 juin au 3 décembre 2021, a retenu que le réchauffement et la préparation des aliments et boissons ne faisaient pas partie des critères pour l'aide à s'alimenter. Selon les informations fournies lors d'entretiens téléphoniques par l'OASD les 20 juillet et 6 août 2021, ces prestations ne relevaient pas d'une prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins. L'infirmière-conseil de l'assureur, dans son rapport du 20 juillet 2021, mentionnait que l'assuré avait bénéficié d'une aide pratique à la personne pouvant être financée par l'allocation pour impotent de

l'assurance-invalidité. Partant, l'assureur appliquerait la limitation du remboursement dès septembre 2021. L'assureur a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

À la demande de l'assuré, l'assureur a précisé le 21 février 2022 que la décision concernait toutes les limitations évoquées dans son courrier du 1er juillet 2021. L'acte « Aide à l'habillage » ne pouvait être pris en compte à double.

i. L'assuré s'est opposé à cette décision le 21 février 2022. Il s'est étonné de la diminution drastique des soins à domicile remboursés, dont il bénéficiait jusqu'alors à hauteur de 114 heures 30 par mois, alors que ses besoins n'avaient pas changé. L'assureur devait contribuer à la prise en charge des soins ambulatoires. Les conseils aux patients étaient à la charge de l'assureur-maladie. L'aide pour boire faisait partie des soins de base à la lecture du texte allemand de la disposition réglementaire. De plus, la décision était insuffisamment motivée, ce qui violait son droit d'être entendu. En effet, l'assureur n'avait pas indiqué pour chaque prestation supprimée les motifs justifiant son refus.

j. Le 29 août 2022, l'assureur a indiqué à l'assuré que selon la jurisprudence, il y avait lieu de déduire 44% de l'allocation pour impotent, de sorte que la contribution aux prestations d'aide et de soins à domicile serait réduite de CHF 775.- supplémentaires. Compte tenu de cet élément, il lui a donné la possibilité de retirer son opposition.

k. Par décision du 20 octobre 2022, l'assureur a écarté l'opposition. Il a confirmé que servir à boire et à manger ainsi que chauffer et couper les aliments concernaient les aides pratiques à la personne et n'étaient pas des prestations prises en charge par l'assurance-maladie. La prestation « Aide à l'habillage » était réalisée directement après la douche, dont le temps avait déjà été majoré. Le cumul des temps standards ne justifiait pas les temps nécessaires pour les soins. Cela s'appliquait également à la position 10503 « Lever et coucher », qui avait été limitée. Au sujet de la position 10909 « Soutien et conseil », cette prestation n'était pas démontrée dans les documents de soins. De plus, elle ne correspondait pas à la tarification correcte dans les plans, et ne pouvait pas être déléguée à une aide-soignante. Ainsi, l'assureur maintenait sa limitation. Les prestations pouvaient être prises en charge au maximum à hauteur de CHF 3'476.-, selon un calcul figurant dans un tableau annexé. En raison des principes applicables à la surindemnisation, l'assureur devait également procéder à une déduction de 40% de l'allocation pour impotent de CHF 1'912.- par mois, soit CHF 764.-, sauf si l'assuré pouvait prouver que cette allocation était entièrement utilisée pour d'autres dépenses. Le montant maximal des soins à indemniser s'élevait ainsi à CHF 3'476.- par mois, dont CHF 764.- étaient déduits, ce qui conduisait à un montant de CHF 2'712.- dès le 1er septembre 2021.

C. **a.** L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice par écriture du 21 novembre 2022. Il a

conclu, sous suite de dépens, préalablement à la production par l'intimé de l'intégralité de son dossier, notamment les avis de ses infirmiers-conseils, et à l'octroi d'un délai pour se déterminer une fois ces documents en sa possession ; principalement, à l'annulation de la décision du 20 octobre 2022, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à la prise en charge de 6'975 minutes de soins à domicile par mois, et à ce que l'intimé soit condamné à les verser. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir motivé sa décision. Son dossier ne comprenait aucun avis de son infirmière-conseil. Il a précisé que l'assurance-invalidité avait rendu une décision d'octroi d'une contribution d'assistance le 7 juin 2022, déduisant de celle-ci le temps pris en charge par l'assurance-maladie à concurrence de 59.13 heures ainsi que l'allocation d'impotence en entier, équivalant à 57 heures par mois. Il avait formé recours contre cette décision auprès de la chambre de céans, car certains de ses besoins avaient été sous-évalués.

Il a produit la décision de l'OAI du 7 juin 2022, lui allouant une contribution d'assistance dès le 1er avril 2022 pour les heures d'assistance effectivement fournies, correspondant à une moyenne mensuelle de CHF 1'699.80, respectivement à un montant maximal de CHF 20'397.60 par année.

b. Dans sa réponse du 20 janvier 2023, l'intimé a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours et à ce qu'il soit constaté que l'OAI devait imputer les prestations de soins de base prises en charge par l'assurance-maladie sur les éventuelles contributions d'assistance.

c. Dans sa réplique du 14 avril 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a offert de prouver que l'ensemble des frais liés à son handicap non remboursés par l'assurance-maladie, ni pris en charge au titre des moyens auxiliaires ou dans le cadre de la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité, dépassaient le montant de son allocation pour impotent. Il a requis sur ce point son audition et l'audition de témoins. Il a détaillé ses coûts, lesquels incluaient des frais de repas (CHF 736.20 par mois), de transport (CHF 430.- par mois), incluant la location d'un emplacement dans le garage de son immeuble, de soins divers (CHF 240.- par mois), de salaire des auxiliaires de vie (CHF 445.90 par mois), et de soins à domicile restant à sa charge (CHF 587.65). Il n'y avait ainsi pas lieu de réduire les prestations de l'intimé en raison d'une surindemnisation. Celui-ci n'avait toujours pas produit les rapports de son infirmière-conseil, et on peinait à comprendre comment il avait pu se prononcer sur le temps consacré aux soins nécessités en l'absence de toute prise de position médicale.

d. Dans sa duplique du 2 juin 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le recourant ne pouvait prouver que l'allocation pour impotent avait déjà été entièrement utilisée pour d'autres dépenses. Pour le surplus, son infirmière-conseil avait pris contact le 3 mai 2023 avec la recourante (*sic*), afin de vérifier quels documents manquaient, le dossier intégral du recourant lui ayant été transmis en novembre 2022.

e. La chambre de céans ayant requis la production du rapport de l'infirmière-conseil de l'intimé, celui-ci lui a transmis en date du 7 juillet 2023 ses échanges de courriers avec l'OASD de juillet 2021 et son courrier du 10 août 2021 à l'assuré, un courrier à l'OASD du 11 août 2021 se référant à un entretien téléphonique entre son infirmière-conseil, Madame D_____, et Monsieur E_____, ainsi qu'une capture d'écran apparemment d'une page d'un programme indiquant « RMPS du 17.06.2021 et informations supplémentaires par mail le 23.06.2021 » et les numéros de position et les prestations pour l'aide à l'habillage et déshabillage, l'aide pour boire, l'aide pour manger, le lever et coucher, le soutien et le conseil, chacune de ces mentions étant suivie de la mention « Prestation refusée », ainsi que la date du 25 juin 2021 .

f. Relancé par la chambre de céans, l'intimé lui a fait parvenir par courriel du 13 juillet 2019 un courriel de Mme D_____ du 27 juillet 2021, dans lequel celle-ci relevait notamment que le recourant avait contesté la limitation qu'elle avait retenue. L'intimé a affirmé que cela démontrait que l'infirmière-conseil était l'auteure des limitations qu'il avait appliquées. Il a également produit une fiche d'observation de soins apparemment établie par le personnel de l'OASD du 24 mai 2021. Il a affirmé ne pas avoir reçu d'autres rapports de soins, et cette fiche ne permettait pas de calculer le temps nécessaire dès lors qu'il ne mentionnait pas le temps consacré à chaque acte. L'intimé a également produit un courriel du 3 décembre 2021 d'une collaboratrice de l'intimé, qui sollicitait des éclaircissements de l'infirmière-conseil sur les refus et limitations d'heures et qui indiquait ne pas très bien comprendre certains refus et ne pas être très convaincue. L'infirmière-conseil lui a indiqué le même jour que sa décision était basée sur le dossier de soins et la LPP (*sic*). Elle a ajouté « *A savoir que les limitations de l'aide à l'habillage et lever/coucher sont argumentés comme tel : la cumulation des soins standard du catalogue des prestations ne justifie pas les temps demandés pour les soins* ».

g. Par écriture du 14 juillet 2023, le recourant a produit des justificatifs de frais, comprenant notamment des factures pour les livraisons de repas, pour des massages (drainage lymphatique), pour des transports spécialisés, pour l'entretien d'une voiture et pour la location d'un emplacement de garage, ainsi que des factures de l'OASD. Il n'avait pas de quittances pour les repas pris au travail à raison de CHF 14.- par jour, que ses collègues acquéraient pour lui avec les espèces qu'il leur donnait, ce que ceux-ci pourraient confirmer par témoignages. En raison de son handicap, il ne pouvait rentrer à son domicile à midi et ne pouvait se préparer un pique-nique. Il a produit plusieurs factures de frais d'entretien de sa voiture, que sa famille utilisait pour le transporter si nécessaire. Les heures allouées au titre de la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité étaient régulièrement dépassées. Il a produit un tableau récapitulatif pour 2022 et 2023 établi par ses soins, selon lequel les heures mensuelles prises en charge par l'assurance-invalidité étaient nettement dépassées chaque mois. Le

montant maximal mensuel de CHF 2'610.60 avait été dépassé en avril 2023 en raison des vacances de Pâques. De nouveaux dépassements étaient prévus, lors d'une opération de la cataracte en octobre, à Noël lors de la fermeture de fin d'année, et durant les deux semaines de vacances qu'il devrait prendre en 2023. Il en résulterait un solde important à sa charge, auquel l'allocation pour impotent serait affectée.

h. Dans ses déterminations du 30 août 2023, l'intimé a soutenu que les justificatifs produits n'amenaient aucun élément nouveau. Il persistait ainsi dans ses conclusions.

i. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 31 août 2023.

j. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connait en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA *a contrario*).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte, d'une part, sur la prise en charge des soins prescrits du 3 juin au 3 décembre 2021 et, d'autre part, sur la réduction du montant remboursé à ce titre en raison d'une surindemnisation.

Les conclusions de l'intimé tendant à la constatation de l'imputation des soins sur les contributions d'assistance sont en revanche exorbitantes au présent litige, et sont partant irrecevables.

5. Selon 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 des art. 32 à 34 LAMal.

5.1 Conformément à l'art. 25 al. 1 et 2 let. a LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles, lesquelles comprennent notamment les examens,

traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical.

À teneur 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. La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins est régie par l'art. 52 (al. 1). Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis (al. 3). Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités (al. 4).

5.2 Le Conseil fédéral, à l'art. 33 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de désigner, après avoir consulté la commission compétente, notamment les prestations visées à l'art. 25 al. 2 et 25a al. 1 et 2 de la loi qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens.

L'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS – RS 832.112.31) a été édictée en application de cette délégation de compétence. Elle prévoit à son art. 7 que 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 selon l'al. 2 let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal) (let. a) ; organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal) (let. b) ; établissements médico-sociaux (let. c). Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent notamment l'évaluation, les conseils et la coordination (let. a) ; l'évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier ; la planification des mesures nécessaires (ch. 1), conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux ; contrôles nécessaires (ch. 2), la coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables (ch. 3) (let. a) ; les examens et les traitements énumérés à la let. b ; et les soins de base (let. c), comprenant notamment les 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). Les prestations visées à l'al. 2 let. a ch. 3 doivent être fournies par une infirmière ou un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux (al. 2bis). Selon le texte allemand de cette disposition, les soins de base visés au ch. 1 de l'al. 2 let. c comprennent l'aide « *beim Essen und Trinken* », soit « pour manger et boire ».

5.3 L'énumération des soins à l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS n'est pas exhaustive (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3). Ces mesures ne sont pas de nature médicale, même si leur énumération comporte certaines prestations de cet ordre, notamment prévenir les escarres ou prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement. Ne font pas partie des soins de base des actes touchant principalement à l'accompagnement, à l'aspect pédagogique, au développement des capacités personnelles et aux relations sociales. Portant sur une assistance à la personne (*Personenhilfe*), les soins de base doivent être distingués de l'aide matérielle (*Sachhilfe*) ou aide à domicile. Celle-ci inclut les activités liées à l'économie et la tenue du ménage tels les achats, la préparation de la nourriture, y compris le service de repas, laver le linge et d'autres actes semblables, qui n'entrent pas dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins. En tant que soin de base, l'acte consistant à aider le patient à s'alimenter vise la situation dans laquelle la personne ne peut pas elle-même se nourrir, parce qu'elle n'est pas en mesure, par exemple, de couper ses aliments ou de les porter à sa bouche. En revanche, l'assistance dont elle a besoin pour que les aliments lui soient servis et lui parviennent - préparation et cuisson des aliments, mais aussi présentation et service des plats - ne fait pas partie des soins de base au sens de cette disposition, mais relève de l'aide à domicile, même si cette assistance lui est tout aussi nécessaire que l'aide pour se nourrir (ATF 136 V 172 consid. 5.3.1 à 5.3.3 et les références).

6. Aux termes de l'art. 42 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

6.1 L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1er). Aux termes de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a), d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b), ou d'une aide

régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (let. c). Selon l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c), de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d), ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 3).

6.2 Selon la jurisprudence, les six actes ordinaires suivants sont déterminants pour définir le degré d'impotence : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir, se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur ; établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2). Par ailleurs, dans ce domaine, lorsque l'acte comprend plusieurs fonctions partielles, il n'est pas exigé que l'assuré ait besoin d'aide dans la majorité de ces fonctions, l'aide importante directe ou indirecte dans une seule de ces fonctions suffit. À titre d'exemple, s'agissant de l'alimentation, lorsque l'assuré peut manger seul mais ne peut couper ses aliments ou ne peut les porter à la bouche qu'avec les doigts est considéré comme ayant besoin d'une aide importante (ATF 121 V 88 consid. 3c). On notera que la fonction « boire » est incluse dans l'aide à l'alimentation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 128/03 du 4 février 2004 consid. 3.1).

7. Conformément à l'art. 42^{quater} al. 1 LAI, l'assuré a droit à une contribution d'assistance aux conditions suivantes : il perçoit une allocation pour impotent de l'AI conformément à l'art. 42, al. 1 à 4 (let. a) ; il vit chez lui (let. b) ; il est majeur (let. c).

7.1 L'art. 42^{sexies} al. 1 LAI dispose que le temps nécessaire aux prestations d'aide est déterminant pour le calcul de la contribution d'assistance. Le temps nécessaire aux prestations relevant des contributions suivantes est déduit: l'allocation pour impotent visée aux art. 42 à 42ter LAI (let. a) ; les contributions allouées à l'assuré qui a recours, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, aux services de tiers en vertu de l'art. 21ter al. 2 LAI (let. b) ; la contribution aux soins en vertu de l'art. 25a LAMal (let. c).

7.2 La contribution d'assistance constitue une prestation en complément de l'allocation pour impotent et de l'aide prodiguée par les proches, conçue comme une alternative à l'aide institutionnelle et permettant à des personnes présentant un handicap d'engager elles-mêmes des personnes leur fournissant l'aide dont elles ont besoin et de gérer leur besoin d'assistance de manière plus autonome et responsable. L'accent mis sur les besoins a pour objectif d'améliorer la qualité de

vie de l'assuré, d'augmenter la probabilité qu'il puisse rester à domicile malgré son handicap et de faciliter son intégration sociale et professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_399/2021 du 20 juillet 2022 consid. 2.2).

Une contribution d'assistance est versée quand un assuré présente un besoin d'aide régulier qui n'est pas couvert par d'autres prestations. Il n'y a donc pas de contribution d'assistance quand l'allocation pour impotent, le supplément pour soins intenses et / ou d'autres prestations de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-maladie obligatoire couvrent, en temps, le besoin d'aide reconnu (ch. 3001 de la Circulaire sur la contribution d'assistance dans sa version au 1er janvier 2021)

8. Aux termes de l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenus subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3).

8.1 En vertu de l'art. 78 2ème phrase LPGA, le Conseil fédéral veille à ce que les prestations de l'assurance-maladie sociale ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne conduisent pas à la surindemnisation des assurés ou des fournisseurs de prestations, notamment en cas d'hospitalisation. L'art. 110 OAMal, adopté sur la base de cette délégation de compétence, dispose que dans la mesure où, dans un cas d'assurance, des prestations de l'assurance-maladie sont en concours avec des prestations de même nature d'autres assurances sociales, notamment l'assurance-invalidité, les prestations de ces autres assurances sociales doivent être allouées en priorité. Aux termes de l'art. 122 al. 1 OAMal, il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations respectives des assurances sociales excèdent, pour une même atteinte à la santé, notamment les limites suivantes : les frais de diagnostic et de traitement supportés par l'assuré (let. a), les frais de soins supportés par l'assuré et d'autres frais non couverts dus à la maladie (let. b).

8.2 Le Tribunal fédéral a relevé que les allocations pour impotent de l'AVS/AI et les prestations de soins selon l'art. 7 al. 2 OPAS se distinguent fondamentalement. L'allocation pour impotent est une prestation en espèces qui est calculée en fonction du besoin d'aide et de surveillance existant dans le cas concret, mais qui est versée indépendamment des frais effectivement encourus et du recours effectif

à des prestations de tiers. La prestation est versée à l'ayant droit et est en principe à sa libre disposition. Les prestations de soins selon l'art. 7 al. 2 OPAS constituent en revanche des prestations en nature sous forme de remboursement de frais. Elles servent à couvrir les coûts concrets des soins et sont généralement versées sur la base de conventions tarifaires. Si l'on compare les allocations pour impotent de l'AVS/AI et les prestations de soins selon l'art. 7 al. 2 OPAS dans leur ensemble, les prestations ne peuvent pas être qualifiées de similaires. Avec les mesures d'évaluation et de conseil ainsi que d'examen et de traitement (art. 7 al. 2 let. a et b OPAS), les prestations pour soins de l'assurance-maladie comprennent également des mesures qui n'ont pas de lien direct avec une impotence au sens de l'art. 42 LAI. En revanche, les prestations de soins de base selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, qui servent essentiellement à rembourser les mesures rendues nécessaires par l'impotence, sont largement similaires aux prestations indemnisées par l'allocation pour impotent. Cependant, l'allocation pour impotent sert également à indemniser des prestations qui ne relèvent pas des soins de base selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, par exemple la rémunération de tiers pour favoriser les contacts avec l'entourage. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de justifier une réduction des prestations de soins à concurrence de l'intégralité de l'allocation pour impotent. Seule une réduction pour cause de surindemnisation entre en ligne de compte (ATF 125 V 297 consid. 5a et 5b). Le Tribunal fédéral, en application de ce principe, a admis une réduction de CHF 15.- par jour pour les frais non prouvés supportés par une personne gravement impotente et non couverts par ailleurs, ce montant représentant 56% de l'allocation pour impotence grave allouée en 1999 et correspondant aux frais usuels découlant d'un mode de vie courant en cas de séjour à domicile. Ce montant ne doit pas être pris en compte dans le calcul de la surindemnisation. Seuls 44% de l'allocation pour impotent grave peut être intégré au calcul de surindemnisation (ATF 127 V 94 consid. 5e). Notre Haute Cour a confirmé ce principe à plusieurs reprises (arrêts du Tribunal fédéral 9C_110/2019 du 22 juillet 2019 consid. 5.2.1, 9C_886/2010 du 10 juin 2011 consid. 4.4.3 et 4.5 et 9C_43/2012 du 12 juillet 2012 consid. 2).

Les coûts de soins non couverts doivent être pris en compte dans la réduction des prestations en raison d'une surindemnisation liée à l'allocation pour impotent. Ces soins ne doivent pas satisfaire aux critères d'efficacité, d'économicité et du caractère approprié des soins selon la LAMal (arrêt KV.2017.00030 du 11 octobre 2018 du Tribunal cantonal des assurances de Zurich consid. 6.4.2). Dans un litige relevant de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a considéré que les frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA incluent tous les frais qu'entraine le cas d'assurance et qui ne sont pas couverts par les prestations d'assurance, et comprennent les honoraires d'un avocat (ATF 139 V 108 consid. 5.7 et 6). La notion de coûts supplémentaires ne doit pas être interprétée de manière restrictive. À titre d'exemples, on peut notamment citer la participation aux coûts au sens de la LAMal, les coûts résultant de la nécessité d'une alimentation spéciale, de moyens auxiliaires non pris en charge par une assurance ou du besoin d'une aide-

ménagère (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, nn. 46-48 ad art. 69 LPGA).

9. L'art. 43 al. 1 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. En matière d'assurances sociales, la procédure est ainsi régie par le principe inquisitoire, qui impose à l'assureur d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires L'assureur doit établir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision ou son préavis et ne peut pas renvoyer cette tâche à la procédure subséquente (Jacques Olivier PIGUET *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 9 ad art. 43 LPGA).

10. L'obligation de motivation déduite du droit d'être entendu garanti à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst. - RS 101) doit notamment permettre au justiciable de comprendre la décision de l'autorité (arrêt du Tribunal fédéral 2C_1153/2014 du 11 mai 2015 consid. 3.1). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne 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 (arrêt du Tribunal fédéral 6B_819/2018 du 25 janvier 2019 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entrainer l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2).

11. En l'espèce, la chambre de céans retient ce qui suit.

11.1 On doit en premier lieu relever que la motivation de la décision attaquée est pour le moins sommaire, et on peut douter qu'elle satisfasse aux exigences découlant de l'art. 29 Cst. L'intimé s'est contenté d'affirmer que certaines prestations n'étaient pas prises en charge dans sa décision. On peine en outre à comprendre la motivation de sa décision sur opposition, consistant à affirmer que « le cumul des temps standards ne justifie pas les temps nécessaires pour les soins », d'autant moins qu'il ne précise pas quels sont ces temps standards. Il affirme également que le temps pour la douche a été majoré, sans que l'on comprenne dans quelle mesure. Il s'est référé dans sa décision sur opposition à l'instrument RAI-HC (*Resident Assessment Instrument - Homecare*), sans

toutefois indiquer les éléments précis sur lesquels il se base, ni en produire les extraits. Il est ainsi impossible de vérifier le bien-fondé de sa décision quant à la durée des soins admise. Du reste, on rappellera au sujet de cet instrument d'évaluation – notamment utilisé par Spitex, l'association faîtière des OASD –, qu'il relève selon la jurisprudence de simples recommandations dans les soins à domicile qui ne lient pas le juge, bien qu'il puisse en tenir compte lorsqu'elles permettent une application satisfaisante et adaptée au cas particulier des dispositions topiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 5.2.1 et les références).

11.2 Il faut également souligner que l'intimé affirme avoir fondé sa décision sur l'avis de son infirmière-conseil et évoque des entretiens téléphoniques entre celle-ci et l'OASD. On rappellera ici que selon l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Les courriers électroniques et les comptes rendus des entretiens téléphoniques font également partie des documents visés à l'art. 46 LPGA (Guy LONGCHAMP *in* Commentaire romand LPGA, 2018, n. 14 ad art. 46 LPGA). Or, on ne trouve aucune trace de ces entretiens téléphoniques dans le dossier de celui-ci. Par ailleurs, le dossier ne contient aucun avis motivé de l'infirmière-conseil de l'intimé, la seule pièce produite consistant en une capture d'écran énumérant trois limitations de positions sur un formulaire, sans aucune explication. Il est du reste révélateur qu'une des collaboratrices de l'intimé ait sollicité des renseignements complémentaires de l'infirmière-conseil en indiquant mal comprendre les refus – étant souligné que la réponse de celle-ci ne suffit guère à dissiper ces interrogations. Enfin, l'intimé a soutenu dans son courriel à la chambre de céans du 13 juillet 2019 que la fiche d'observation des soins remise par l'OASD ne permettait pas de calculer le droit aux prestations à défaut d'indication de durée pour chaque acte. L'intimé admet ainsi avoir statué sans disposer des renseignements nécessaires, qu'il lui incombait pourtant de recueillir avant de trancher le droit aux prestations.

11.3 On ajoute que sur le fond, les justifications sommaires avancées par l'intimé pour réduire le temps consacré aux soins n'emportent *a priori* pas toute la conviction. En ce qui concerne l'aide pour l'habillage, refusée dès lors qu'elle serait incluse dans la prestation consistant à aider le recourant à se doucher le matin, l'OASD a précisé le 16 juin 2021 qu'elle portait sur l'aide pour se déshabiller le soir, nécessaire en raison des troubles moteurs. Or, au vu de l'atteinte du recourant, la nécessité d'une telle aide ne parait guère contestable, et doit ainsi en principe être prise en compte. En ce qui concerne l'aide pour l'alimentation, elle ne se limite pas en l'espèce au service des repas, comme le soutient l'intimé. En effet, le recourant a exposé ne pas être en mesure de couper ses aliments et ne pas pouvoir boire normalement en raison de ses tremblements.

Or, l'aide nécessaire pour couper des aliments et les boissons et les porter à la bouche fait bien partie des soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

11.4 Au vu de ces éléments, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de compléter l'instruction dans la mesure nécessaire, notamment en sollicitant des indications détaillées sur la durée des soins à l'OASD. Dans ce cadre, il lui appartiendra également de déterminer si la prestation « Soutien et conseil » – que l'OASD a semble-t-il facturée en raison du surcroit de temps nécessaire à comprendre les besoins du recourant lors des soins, eu égard à ses difficultés d'élocution – peut être prise en compte en majorant la durée des soins prise en charge. Sur ce point, on relève que l'évaluation et les conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS visent notamment l'évaluation des besoins et la planification des mesures et les conseils pour gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux ainsi que la coordination des mesures. Or, le descriptif par l'OASD des activités facturées sous ce poste – consistant à s'entretenir avec le recourant au quotidien – ne relève effectivement pas de telles prestations.

11.5 En ce qui concerne la réduction pour cause de surindemnisation, le recourant a allégué plusieurs frais et produit de nombreux justificatifs.

Sur ce point, la chambre de céans relève notamment que plusieurs factures de l'OASD pour la période litigieuse portent sur une aide à domicile qui semble être à la charge du recourant, dont le montant est de CHF 1'623.20 pour septembre 2021, CHF 1'930.45 pour octobre 2021, et CHF 1'437.70 pour novembre 2021. Ces montants, auxquels s'ajoutent les participations aux soins d'environ CHF 240.- par mois et les frais de matériel, sont supérieurs à ceux allégués à ce titre par le recourant, qu'il a chiffrés à CHF 587.65 dans son écriture du 14 avril 2023, même si l'on tient compte des salaires des auxiliaires de vie dont il dit s'acquitter. Au sujet de ce dernier poste, la chambre de céans relève que le recourant n'a pas produit de justificatif particulier. De plus, on peine à comprendre les paramètres de son calcul, s'agissant des rémunérations qu'il affirme avoir à sa charge et qu'il a établies comme suit : [5x12x54.95/12] correspondant à CHF 171.50. Tel est également le cas des coûts liés à l'assistance supplémentaire dont il a besoin pendant ses vacances pour compenser l'aide que ses collègues lui fournissent gratuitement lorsqu'il travaille, et qu'il chiffre à CHF 274.40 (6x4x4x34.30 -3292.80/12).

Il y aura lieu pour l'intimé d'examiner ces justificatifs et d'établir ces frais, avec la collaboration du recourant si nécessaire, pour déterminer les coûts liés aux soins et à l'assistance qui sont à sa charge.

S'agissant des autres points du calcul de surindemnisation, le recourant a produit des justificatifs liés aux frais de transport. On ne saurait admettre les frais de location d'un emplacement de garage, ni ceux qui ont trait à l'entretien du véhicule, dès lors qu'il ne s'agit pas là de coûts causés par le handicap mais de

frais qu'encourt toute personne propriétaire d'une voiture. Dans le cas d'espèce, la détention d'un véhicule ne parait pas indispensable au quotidien pour pallier le handicap du recourant, celui-ci faisant appel à des services de transport adapté pour se déplacer et se rendant en taxi au travail selon la fiche d'observation établie par l'OASD. En revanche, les factures des entreprises de transport spécialisées non couvertes constituent des coûts supplémentaires dont l'intimé devra tenir compte. Les coûts liés aux moyens auxiliaires et à leur entretien, pour lesquels le recourant a également produit certains justificatifs, doivent également être déduits de l'allocation pour impotent. Tel est également le cas des massages lymphatiques dont bénéficie le recourant environ une fois par mois, étant rappelé que de telles prestations ne doivent selon la jurisprudence pas être reconnues selon la LAMal pour être considérées comme des coûts liés au handicap.

Quant aux frais d'alimentation, le recourant doit en raison de sa pathologie faire appel à des services de restauration et de livraison à domicile pour tous les repas principaux, hormis ceux pris au travail. Or, selon l'expérience générale de la vie, le citoyen moyen ne se rend pas au restaurant et / ou se fait livrer des plats deux fois par jour. Il convient dès lors de retenir les frais de repas qui excèdent les dépenses usuellement consenties par une personne en bonne santé pour l'achat de denrées alimentaires et les repas pris ou commandés à l'extérieur. Il appartiendra également à l'intimé d'établir les surcoûts à ce titre, et d'en tenir compte dans son calcul de surindemnisation.

11.6 Au vu de l'issue du litige, la chambre de céans renoncera à l'audition du recourant et de ses collègues, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2).

Compte tenu des éléments qui précèdent, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision motivée dans le sens des considérants.

12. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Déclare irrecevables les conclusions de l'intimé tendant à la constatation de l'imputation des soins sur les contributions d'assistance de l'assurance-invalidité.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule la décision de l'intimé du 20 octobre 2022.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité à titre de dépens de CHF 2'500.-.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le