RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4168/2022 **ATAS/520/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2023

En la cause

A_____ recourante

représentée par Me Sandra RODRIGUEZ, avocate

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Catherine TAPPONNIER, Karine STECK, Philippe KNUPFER et Fabienne MICHON RIEBEN, juges ; Dana DORDEA et Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est assurée auprès de MUTUEL ASSURANCES MALADIE SA (ci-après : l'assurance-maladie ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : l'AOS) depuis le 1er mai 2004. Dans ce cadre, elle a notamment bénéficié, depuis 2005, de prestations régulières pour soins à domicile.

b. Par courrier du 14 janvier 2022, l'assurance-maladie a réduit de 40%, dès le 1er janvier 2022, les prestations de soins à domicile suite à l'octroi, en décembre 2021, d'une allocation pour impotence de degré grave par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Correspondant à un montant mensuel de CHF 764.80, cette réduction forfaitaire était justifiée par une surindemnisation. Certains aspects de l'allocation d'impotence se recoupaient avec les prestations versées au titre de l'AOS et l'assurée ne pouvait en outre justifier d'autres frais directement liés à son impotence qui n'étaient pas pris en charge.

c. Le 25 janvier 2022, l'assurance a modifié le montant de la réduction de prestations en faveur de l'assurée, la ramenant à CHF 484.35 par mois. Il était ressorti d'un entretien téléphonique avec celle-ci qu'une partie de la contribution aux soins infirmiers et à l'aide au ménage dépassait les montants couverts par l'assurance complémentaire et restait donc à la charge de l'intéressée, réduisant d'autant le montant de la surindemnisation. L'assurée était en outre invitée à transmettre d'éventuels justificatifs démontrant d'autres frais réguliers et courants liés directement à l'impotence et non pris en charge.

d. Le 7 février 2022, l'assurée a, par l'intermédiaire de son avocate, fait part de son désaccord avec la réduction de prestations de l'assurance-maladie. La jurisprudence du Tribunal fédéral imposait qu'au minimum 56% de l'allocation pour impotent soit toujours à la libre disposition de l'intéressé. Or, l'assurée, atteinte de tétraplégie, devait faire face à d'innombrables faux frais en lien de causalité directe avec sa grave lésion médullaire. Ceux-ci n'étant pris en charge par aucune assurance, aucune réduction de prestations par l'assurance-maladie n'était justifiée.

L'assurée faisait état des frais suivants :

- La franchise et la participation aux frais de santé : Il était notoire qu'un handicap aussi lourd que celui dont elle souffrait impliquait de nombreuses visites chez le médecin, un grand nombre de thérapies et de médicaments, certains non pris en charge par un assureur. Cela représentait mensuellement des frais de l'ordre de CHF 425.- en moyenne.
- Les frais relatifs au matériel et aux moyens auxiliaires non remboursés (alèses pour fauteuil roulant, manchettes, attaches pour poches à urine, cellulose,

compresses stériles, gants en latex, uriflacs, bas de contention, ceinture abdominale, etc.). Ce matériel, nécessaire aux soins et au maintien de l'indépendance, devait être régulièrement remplacé et engendrait des frais à hauteur de CHF 100.- par mois.

- Les frais d'acquisition de sacs à ordure : les soins et traitements nécessaires du fait de la pathologie engendraient la production d'une quantité de déchets largement supérieure à celle d'un citoyen lambda et dont il découlait un surcoût mensuel de CHF 60.-.
- L'achat de vêtements adaptés au handicap (vêtements anti-escarres, sans poches ni coutures, vêtements pourvus d'ouvertures facilitées) : ces vêtements devaient être changés régulièrement du fait des frottements importants lors de chaque transfert et des incontinences requérant des nettoyages plus fréquents que la moyenne. Le surcoût mensuel était à cet égard évalué à CHF 42.-.
- Les factures de déplacements adaptés au handicap : seuls étaient pris en charge par l'OAI les frais relatifs au transport sur le lieu de travail et de celui-ci au domicile. Les déplacements pour motifs de santé, nombreux, n'étaient pas pris en charge, alors qu'ils représentaient en moyenne CHF 240.- par mois.
- La taxe journalière relative à l'aide prodiguée par l'institution de maintien à domicile (ci-après : l'IMAD) : s'élevant à CHF 8.-, elle représentait mensuellement une charge de CHF 240.-.

e. Le 25 mars 2022, l'assurance-maladie a accepté des frais annexes à hauteur de CHF 447.- par mois, comprenant du matériel, la taxe journalière relative à l'aide de l'IMAD, des vêtements anti-escarres et une aide au ménage non couverte par l'assurance complémentaire. La réduction de prestation était ainsi ramenée à CHF 338.80 au lieu des CHF 784.80 prévus initialement.

Pour le surplus, la prise en compte de la participation à la franchise et aux frais de santé était refusée. Concernant les sacs poubelles, l'assurance-maladie précisait qu'elle entrerait en matière uniquement s'il s'agissait de sacs spéciaux dédiés uniquement aux déchets médicaux. Pour ce qui était des frais de transport effectués afin de bénéficier de soins indemnisés sur la base de l'AOS, il était précisé que l'assurée pouvait en obtenir le remboursement, sur présentation de factures détaillées, à hauteur de 50% (sous déduction de la participation aux coûts) par l'AOS et à hauteur de 80% (jusqu'à concurrence de CHF 5'000.- par an) au titre de l'assurance complémentaire. Il était enfin rappelé que l'intéressée avait toujours la possibilité de produire d'autres justificatifs démontrant des frais réguliers en lien avec l'impotence et non pris en charge.

f. Le 8 avril 2022, l'assurée a fait part de son désaccord avec la position de l'assurance relative à la franchise et à la quote-part relatives à l'AOS. Elle a produit une jurisprudence du Tribunal cantonal zurichois imposant à l'assureur-maladie de tenir compte, dans le calcul de la surindemnisation, des dépenses

relatives aux participations aux coûts. Or, cette seule dépense s'élevait pour elle à CHF 424.90 en moyenne par mois (selon la liste des prestations non remboursées pour 2020 qu'elle produisait), soit davantage que le montant de la réduction de prestations de l'assureur (CHF 338.80). Dès lors, il convenait de ne procéder à aucune réduction de prestations du fait de l'octroi de l'allocation d'impotence.

g. Le 8 juin 2022, l'assurance-maladie a persisté dans les termes de son courrier du 25 mars 2022, relevant que la jurisprudence cantonale produite par l'assurée concernait un cas relevant de l'assurance-accidents. Les critères pris en compte n'étaient ainsi pas les mêmes que ceux prévalant en matière d'assurance-maladie.

h. L'assurée ayant maintenu sa position par courrier du 15 juin 2022, l'assurance-maladie a rendu une décision formelle de réduction des prestations de soins à domicile le 9 septembre 2022.

Elle y considérait que les justificatifs produits démontraient des frais réels courants non pris en charge à hauteur de CHF 447.- par mois couvrant une contribution aux soins, une aide au ménage, des vêtements anti-escarres et du matériel. Demeurait ainsi un montant mensuel de CHF 317.80 qui était déduit des prestations pour soins à domicile de l'assurance-maladie, dès le 1er janvier 2022, afin d'éviter une surindemnisation de l'assurée.

i. L'assurée s'est opposée à cette décision le 20 septembre 2022, insistant sur le fait que les montants dont elle devait s'acquitter au titre de franchise et de participation aux frais de santé devaient être pris en compte par l'assurance-maladie au titre de frais spécialement liés au handicap non couverts par l'allocation pour impotence.

j. Par décision du 10 novembre 2022, l'assurance-maladie a rejeté l'opposition et maintenu la réduction des prestations de soins à domicile à hauteur de CHF 317.80 par mois dès le 1er janvier 2022 (soit 40% de l'allocation pour impotence sous déduction de CHF 447.- de frais réels). Il n'y avait pas lieu de prendre en considération les participations aux coûts (franchise et quote-part) lors du calcul de la surindemnisation, ni la loi, ni la jurisprudence ne le prévoyant.

B. **a.** L'assurée a recouru contre cette décision le 8 décembre 2022 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge l'intégralité des frais de soins à domicile sans opérer une quelconque réduction de prestations. Il convenait en effet de prendre en compte les coûts relatifs à la franchise et à la participation aux frais de santé au titre de frais spécialement liés au handicap non couverts par l'allocation pour impotence.

b. Dans sa réponse du 11 janvier 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, rappelant que ni la loi ni la jurisprudence ne prévoyaient que la franchise et la participation aux frais de santé pouvaient être prises en compte dans le calcul de la surindemnisation.

c. Par réplique du 24 janvier 2023, la recourante a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Elle a détaillé les prestations médicales non remboursées listées dans le décompte qu'elle avait produit et expliqué, poste par poste, que ces dépenses étaient bien en lien avec son handicap.

d. Dans sa duplique du 31 janvier 2023, l'intimée a persisté dans les termes de sa décision sur opposition et de son écriture précédente. Elle a en outre souligné que, selon la jurisprudence, seuls les frais de transport étaient pris en compte au titre des « autres frais non pris en charge par la LAMal ». Or toutes les factures de transport avaient bien été prises en compte dans le calcul de la surindemnisation. Il n'y avait pas lieu de retenir dans ce calcul d'autres frais de santé tels que la quote-part et la franchise d'assurance-maladie, ce d'autant moins que de tels frais ne répondaient pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. L'intimée a enfin relevé que pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, les frais payés au titre de la participation aux coûts sont remboursés par les cantons sur la base de l'art. 14 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30).

e. Sur quoi, 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 connaît 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

3. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée était fondée à réduire les prestations pour soins à domicile de la recourante en raison d'une surindemnisation résultant de l'octroi d'une allocation pour impotence grave. Plus singulièrement, il porte sur la manière de prendre en compte la quote-part et la franchise relatives à l'AOS dans le calcul de la surindemnisation.

4.

4.1 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.

Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 phr. 1 LAI). Selon l'art. 42ter LAI, le degré d'impotence est déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent. Celle-ci est versée individuellement et doit faciliter les choix dans les domaines centraux de la vie. L'allocation mensuelle se monte, lorsque l'impotence est grave, à 80 % du montant maximum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS ; elle se monte, lorsque l'impotence est moyenne, à 50 % de ce montant et, lorsqu'elle est faible, à 20 % du même montant (art. 42ter al. 1 LAI).

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 (art. 37 al. 1 RAI). Déterminés par la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne sont : 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 125 V 303 consid. 4a, ATF 124 II 247 consid. 4c, 121 V 90 consid. 3a et les références).

Aux termes de l'art. 38 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais, en raison d'une atteinte à la santé, ne peut pas vivre de manière indépendante sans accompagnement d'une tierce personne (let. a), ou ne peut pas faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou ne peut pas éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

4.2 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.

L'art. 25 al. 1 LAMal, indique que l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Selon l'al. 2, les prestations 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 (let.a), les analyses, médicaments, moyens ou appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. b).

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).

Les prestations de soins prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont énumérées à l'art. 7 al. 2 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31). Elles comprennent notamment les instructions et conseils (let. a), les examens et soins (let. b) et les soins de base (let. c), parmi lesquels figurent 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).

4.3 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).

Selon l'art. 78 LAMal, 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.

Faisant usage de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 110 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102). Selon cette disposition réglementaire, 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.

L'art. 122 al. 1 OAMal dispose qu'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 (a.), les frais de soins supportés par l'assuré et d'autres frais non couverts dus à la maladie (b.).

4.4 Dans un arrêt de principe du 15 septembre 1999 (ATF 125 V 297), antérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur la coordination des prestations dans le cas d'assurés séjournant dans un établissement médico-social et bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS/AI, ainsi que de prestations de l'assurance-maladie en cas de séjour dans un tel établissement. Comme ces dernières prestations étaient les mêmes que celles qui étaient allouées pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile (art. 50 LAMal), les frais d'entretien et de logement étaient entièrement à la charge de la personne séjournant dans un établissement de ce type. Dans la mesure où un tel séjour pouvait être nécessité par le besoin d'aide régulière et de surveillance de la personne impotente, l'allocation dont celle-ci bénéficiait était donc également destinée à payer ces frais non couverts par l'assurance obligatoire des soins. En outre, la personne impotente devait supporter les frais des soins administrés par le personnel de l'établissement mais qui n'entraient pas dans la catégorie des soins visés à l'art. 7 al. 2 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) et faisaient donc l'objet d'un décompte séparé, ainsi que les coûts de l'aide nécessitée par l'impotence et fournie par des tiers. Aussi, la Haute Cour a jugé que le cumul de l'allocation pour impotent et des prestations de l'assurance des soins ne donnait pas lieu à surindemnisation, du moment que le montant de ladite allocation était moins élevé que l'ensemble des coûts dus à l'impotence et supportés par les intéressés (ATF 125 V 297 consid. 5c).

Par la suite, dans un autre arrêt de principe du 19 mars 2001 (ATF 127 V 94), donc également antérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, le Tribunal fédéral a statué au sujet de la surindemnisation pour une assurée impotente qui ne séjournait pas dans un établissement médico-social et qui n'avait pas prouvé les frais qu'elle alléguait. Il a retenu que les juges cantonaux avaient dépassé les

limites usuelles en accordant une déduction d'environ 88% de l'allocation pour impotent, respectivement en niant une surindemnisation à cette hauteur.

Le Tribunal fédéral a rappelé que l'allocation pour impotent de l'AVS/AI et les prestations de soins prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS étaient de nature foncièrement différente et qu'elles ne pouvaient pas être qualifiées de prestations de même nature. En revanche, dans la mesure où elles servaient à rembourser les coûts des mesures rendues nécessaires par l'impotence, les prestations pour soins de base énumérées à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS étaient essentiellement de même nature que l'allocation pour impotent (ATF 127 V 94 consid. 3d).

Par ailleurs, cette dernière prestation était aussi destinée à indemniser des services de tiers qui n'étaient pas compris dans les prestations de soins. En particulier, elle devait permettre à des personnes dans l'impossibilité de se déplacer à la maison ou à l'extérieur sans l'aide d'autrui de rémunérer l'aide apportée par des tiers pour les accompagner dans les déplacements à proximité de leur domicile ou dans des voyages (cf. ATF 117 V 149 consid. 3a), à assumer une surveillance personnelle ou encore à apporter l'aide nécessaire à entretenir des contacts sociaux avec l'entourage (cf. art. 38 al. 1 RAI). Dans ces conditions, il n'était pas justifié de retrancher automatiquement le montant intégral de l'allocation pour impotent sur les prestations dues par l'assureur-maladie au titre de la prise en charge des soins. Seule entrait donc en considération une réduction en raison d'une surindemnisation (ATF 127 V 94 consid. 3d, ATF 125 V 305 consid. 5b et la doctrine citée). En conséquence, il y avait lieu de fixer de manière forfaitaire à hauteur de 56% la part de l'allocation pour impotence grave servant à couvrir les frais usuels (non prouvés) découlant d'un mode de vie courant, supportés par une personne gravement impotente et non couverts par ailleurs. Cette quote-part devait ainsi être exclue du calcul de la surindemnisation (ATF 127 V 94 c. 5 e). Seuls 44% de l'allocation pour impotence de degré grave pouvaient ainsi être intégrés au calcul de surindemnisation (cf. notamment Juliette AUDIDIER : L'assurance-accidents in 3ème colloque sur le droit de la coordination, 2022, p. 106 et références citées).

Le Tribunal fédéral a par la suite considéré que ni la LPGA, ni la 4ème révision de l'assurance-invalidité ne remettaient en cause la jurisprudence rendue au sujet de la surindemnisation dans l'ATF 127 V 94 (arrêts 9C_886/2010 du 10 juin 2011 consid. 4.4 et 4.5 ; 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 3.3).

Enfin, dans l'ATF 139 V 108, relatif à une problématique d'assurance-accident, le Tribunal fédéral a clarifié la notion de frais supplémentaires occasionnés par la réalisation du risque dans le cadre de l'art. 69 al. 2 LPGA relatif à la surindemnisation. Au terme d'une interprétation approfondie de cette norme (consid. 5.1 à 5.6), il a indiqué que, dans l'ensemble, ni le texte, ni la *ratio legis*, ni l'interprétation historique, ni la systématique, ni la comparaison avec la réglementation applicable dans les domaines juridiques apparentés ne conduisaient à une interprétation restrictive de la notion de frais supplémentaires.

Au contraire, il convenait d'admettre, en raison de la formulation ouverte de l'art. 69 al. 2 LPGA, que cette notion recouvrait en principe tous les frais supplémentaires occasionnés par le cas d'assurance. L'objection exprimée dans la doctrine selon laquelle la notion de dommage serait ainsi élargie au-delà de ce qui était reconnu dans le droit des assurances sociales ne pouvait donc pas être entendue, car les frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA devaient toujours être des frais qui n'étaient pas couverts par les prestations des assurances sociales (consid. 5.7). Les frais supplémentaires devaient donc en principe inclure les frais d'avocat engagés par l'assuré, étant précisé qu'il ne pouvait s'agir que de frais d'avocat occasionnés par le cas d'assurance. Concrètement, il s'agissait des dépenses qui avaient été nécessaires pour obtenir les prestations d'assurances sociales déterminantes pour le calcul de la surindemnisation. On ne pouvait donc pas y inclure, par exemple, les efforts d'un avocat pour obtenir des prestations d'assurance responsabilité civile. Par ailleurs, seules les dépenses nécessaires pouvaient être prises en compte. Il fallait donc exclure la prise en compte des frais d'avocat qui avaient été engagés en dehors de la procédure habituelle. Cela valait aussi bien pour les dépenses avant le procès que pour les frais d'avocat dans une procédure judiciaire. Ces derniers ne pouvaient de toute façon être revendiqués que dans la mesure où ils n'avaient pas été indemnisés par une indemnité de partie (consid. 6).

Dans un arrêt KV.2016.00054 du 30 juin 2017, le Tribunal cantonal zurichois a considéré que la participation aux coûts de l'assurance-maladie au sens de l'art. 64 LAMal n'était pas couverte par l'allocation pour impotence et devait être prise en compte en tant que frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA, en sus des 56% forfaitaires retenus dans l'ATF 127 V 94 (et des autres frais supplémentaires dûment prouvés, découlant de l'état de santé maladif et non pris en charge par un autre assureur social). Ces frais n'avaient en outre pas à satisfaire aux exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (consid. 4.3.2 et références citées, notamment Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, N 47 ad art. 69).

5. En l'espèce, l'intimée a initialement calculé le montant de la surindemnisation découlant de l'octroi de l'allocation pour impotence en procédant à une déduction forfaitaire de 60% sur le montant de dite allocation pour couvrir les frais non prouvés et non couverts par ailleurs, ce sur la base de l'ATF 127 V 94. La recourante ayant par la suite pu démontrer d'autres frais mensuels réguliers directement liés à son handicap (matériel, contribution aux soins, vêtements anti-escarres et aide au ménage non couverts par l'assurance complémentaire) et non pris en charge par un autre assureur social, une déduction supplémentaire de CHF 447.- a été admise à ce titre dans la décision entreprise. Au final, l'intimée retient donc une surindemnisation à hauteur de CHF 320.20 par mois (CHF 1'918.- d'allocation pour impotence moins 60% moins CHF 447.-) montant

qu'elle déduit, depuis janvier 2022, des prestations qu'elle verse mensuellement à la recourante au titre de prestations pour soins à domicile.

La recourante ne conteste pas le calcul de l'intimée, les parties s'opposant désormais uniquement sur la prise en compte, en sus des déductions précitées, des montants payés mensuellement par la recourante au titre de franchise et de participation aux coûts de l'assurance-maladie obligatoire et qui correspondent à CHF 424.90 en moyenne (selon la liste des prestations non remboursées pour 2021). Selon la recourante, il est indéniable que ces frais sont liés à son handicap, dans la mesure où il est notoire que les assurés atteints d'une lésion médullaire ont bien plus de frais de santé que tout un chacun. Ils doivent se rendre très souvent chez le médecin, sont atteints de pathologies rares chez les autres assurés, doivent suivre scrupuleusement un grand nombre de thérapies et prendre des médicaments très souvent non pris en charge par les assurances.

L'intimée estime pour sa part qu'aucune loi ni jurisprudence fédérale ne prévoit que de tels frais soient pris en compte par un assureur-maladie dans le cadre du calcul de la surindemnisation. De plus, pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, les frais payés au titre de la participation aux coûts sont remboursés par les cantons sur la base de l'art. 14 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30).

Il convient donc, en substance, de déterminer si la participation aux coûts de l'assurance-maladie constitue des frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA, à prendre en considération dans le cadre du calcul d'une éventuelle surindemnisation. Si une partie de la doctrine (cf. notamment : Ghislaine FRESARD-FELLAY/Jean-Maurice FRESARD, in Commentaire de la LPGA, 2018, N 42 ad art. 69 ; KIESER, op. cit. N 48 ad art. 69) ainsi que la jurisprudence cantonale zurichoise précitée (KV.2016.00054) reconnaissent que la participation aux coûts par l'assuré peut constituer de tels frais, il est exact que, comme le souligne l'intimée, le Tribunal fédéral n'a pas tranché cette question spécifique. Il n'en demeure pas moins que, dans l'ATF 139 V 108, il a largement explicité l'étendue la notion de « frais supplémentaires » au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA, soulignant qu'elle ne doit pas être interprétée de manière restrictive et qu'elle recouvre en principe tous les frais qui entrent dans un rapport de causalité naturelle avec la réalisation du risque assuré (y compris les frais d'avocat nécessaires à l'obtention les prestations d'assurances sociales déterminantes pour le calcul de la surindemnisation), en ce sens qu'ils n'auraient pas été occasionnés en l'absence de celle-ci (consid. 5).

In casu, il est indéniable que les frais médicaux encourus par la recourante (cf. pièce 3 rec. et annexe pièce 5 int., toutes deux relatives à l'année 2020) sont sans commune mesure avec ceux auxquels serait confronté un citoyen lambda. Ils se montent en effet au total à CHF 4'798.85 annuels à sa charge sur un total de CHF 67'924.50 facturé à l'intimée.

Il n'est pas contesté par l'intimée, ni au demeurant contestable, que l'ampleur de cette somme est la conséquence directe de la grave maladie dont est atteinte la recourante. Comme celle-ci l'explique de manière détaillée dans sa réplique, seules deux factures (l'une de la clinique internationale de dermatologie de Genève et l'autre émise par le service médical-Jonction SA) ne sont pas liées au handicap. Elles représentent une participation de l'intéressée à hauteur de CHF 25.15 sur une participation annuelle totale s'élevant à CHF 4'798.86 (soit moins de 0.56%). Les autres frais dont il est question et qui figurent sur le décompte de l'assurance portent sur des soins spécifiquement fournis en raison du handicap, soit essentiellement : des soins de l'IMAD, des messages thérapeutiques sur prescription médicale, de la physiothérapie pour mobilisation des membres inférieurs et supérieurs sur prescription médicale, l'achat de médicaments, produits, matériel et moyens auxiliaires sur ordonnance de la médecin traitante (également produite par la recourante) rendus nécessaires par le handicap, une aide au ménage quotidienne, des frais liés au changement régulier de la sonde sus-pubienne auprès des Hôpitaux universitaires de Genève, des factures de consultations régulières auprès de la médecin traitante pour le suivi de la tétraplégie.

Le lien de causalité entre ces frais et la maladie grave de la recourante apparaît ainsi comme évident et bien plus direct que dans le cas des frais d'avocats examiné dans l'ATF 139 V 108.

Tous ces frais semblent en outre nécessaires, le décompte produit permettant de constater que l'intimée a systématiquement pris en charge une part de la prestation concernée.

En outre et contrairement à ce que soutient l'intimée, qui n'explique d'ailleurs pas sa position, il n'est pas nécessaire d'examiner si les frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA satisfont aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de l'art. 32 al. 1 LAMal. En effet, cette dernière disposition concerne les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'AOS. Or, la question litigieuse n'est pas de savoir si l'intimée doit prendre en charge la participation (quote-part) de la recourante à ses propres frais de santé, mais uniquement de déterminer si les montants concernés représentent des frais supplémentaires occasionnés par la maladie et non couverts par ailleurs, de sorte qu'il convient de les déduire du calcul d'une éventuelle surindemnisation. Les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ne jouent ainsi aucun rôle dans cette évaluation où le critère déterminant est bien celui du lien de causalité entre le cas d'assurance et les surcoûts (cf. notamment à cet égard, KIESER op. cit. N 47 ad. art. 69 et l'arrêt du Tribunal cantonal zurichois KV.2016.00054, consid. 4.3.2).

Il y a ainsi lieu d'admettre qu'au vu notamment la gravité de l'atteinte à la santé et l'ampleur des frais de santé en découlant, les coûts relatifs à la quote-part d'assurance et à la franchise constituent bien, *in casu*, des frais supplémentaires découlant de la réalisation du risque assuré au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA.

Ces frais supplémentaires ne sont en outre pas déjà pris en charge par un autre assureur social. À cet égard, l'intimée relève uniquement qu'ils pourraient l'être par le service des prestations complémentaires sur la base de l'art. 14 LPC. La recourante a cependant indiqué qu'elle n'était pas au bénéfice de prestations complémentaires.

Au final, il appert que ces participations aux coûts supplémentaires résultant du handicap grave sont bien à la charge de la recourante et ne sont pas couvertes par ailleurs. Dans la mesure où ils représentent en moyenne CHF 424.90 par mois (CHF 25.- de franchise et CHF 399.90 de quote-part), ils sont supérieurs au solde de CHF 317.80 retenu au titre de surindemnisation par l'intimée dans la décision sur opposition entreprise. Le montant de l'allocation pour impotence grave est ainsi moins élevé que l'ensemble des coûts dus à l'impotence et supportés par la recourante de sorte que le cumul de dite allocation et des prestations de l'intimée ne donne pas lieu à surindemnisation,

6.

6.1 En conséquence, l'intimée n'était pas fondée à réduire ses prestations pour soins à domicile. La décision sur opposition du 10 novembre 2022 sera ainsi annulée.

6.2 La recourante obtenant gain de cause, elle a droit à une indemnité pour ses dépens (art. 61 let. g LPGA). Au terme de sa réplique, elle sollicite que celle-ci soit fixée à hauteur du montant de la note d'honoraire qu'elle indiquait produire séparément. La chambre de céans relève que cette note n'a pas été produite. Il n'est cependant pas nécessaire de la solliciter dans la mesure où le montant des dépens sera fixé par la juridiction cantonale, qui jouit à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a), en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la complexité de l'affaire (art. 61 al. 1 let. g LPGA), de la pertinence des écritures ainsi que du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848).

Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacrés à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurances sociales est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire. Quant à l'activité de celui-ci, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion des démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires. On tiendra compte, dans ce contexte, des conséquences économiques qu'aura pour l'intéressé l'issue de la procédure (ATF 114 V 87 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2).

Au vu de ces éléments, une indemnité de CHF 2'500.- sera allouée à la recourante et mise à charge de l'intimée.

6.3 La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 22 novembre 2022.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Isabelle CASTILLO	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