

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/87/2025

ATAS/938/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} décembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Sarah BRAUNSCHEMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, présente une infirmité motrice cérébrale ayant justifié le versement d'une allocation pour impotent de degré grave dès 1987.
- b.** Il travaille en tant qu'analyste-programmeur à 80% auprès de B_____ de Genève.
- c.** L'assuré est affilié pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assureur).
- d.** Après avoir été informé par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) du versement d'une allocation pour impotent à l'assuré, l'assureur a communiqué à celui-ci, en date du 11 juin 2018, 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 1^{er} 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, C_____ SA, l'organisation d'assistance et de soins à domicile en charge des soins de l'assuré (ci-après : OASD), a transmis à l'assureur le mandat médical pour les soins relatifs à la période du 3 juin au 3 décembre 2021, signé par le docteur D_____, spécialiste 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 quotidienne à l'habillage et au déshabillage, 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 par courriel 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 et à la déformation de ses membres. 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 1^{er} 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'habillement » était refusée dans son intégralité, de même que les positions « Aide à boire », « Aide à manger / s'alimenter », « lever / coucher avec aide » et « soutien et conseil ». Un maximum de 64 heures et 29 minutes par mois de soins au tarif C pouvait être remboursé au lieu de 114 heures et 30 minutes.

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 entraînant 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. Par courriel du 28 juillet 2021, l'assureur a indiqué à l'OASD que les prestations limitées, telles que décrites dans sa documentation, ne relevaient pas du régime de l'AOS, mais constituaient en des prestations sociales d'accompagnement, de sorte qu'elle maintenait les limitations énumérées dans son courrier du 1^{er} juillet précédent.

g. En date du 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, en précisant que la limitation des prestations prises en charge serait effective à compter du 1^{er} septembre suivant.

h. 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.

i. 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'AOS. 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 1^{er} juillet 2021. L'acte « Aide à l'habillement », qui était déjà compris dans les positions 10102 (« toilette complète dans bain / douche / lavabo ») et 10105 (« toilette intime au lit, au lavabo ») ne pouvait être pris en compte à double.

j. 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, tout comme les soins de base. 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.

k. 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 la contribution aux prestations d'aide et de soins à domicile, de sorte que cette dernière serait réduite de CHF 764.- supplémentaires. Compte tenu de cet élément, il lui a donné la possibilité de retirer son opposition.

l. 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'habillement » 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 1^{er} septembre 2021.

m. Par acte du 21 novembre 2022, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 20 octobre 2022, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à 6'975 minutes de soins à domicile par mois, et à ce que l'intimée soit condamnée à les prendre en charge. Il a reproché à l'assureur de ne pas avoir motivé sa décision, en relevant notamment que son dossier ne comprenait aucun avis de son infirmière-conseil.

n. Par arrêt du 27 novembre 2023, la chambre des assurances sociales a partiellement admis le recours, annulé la décision du 20 octobre 2022 et renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision au sens des considérants (ATAS/919/2023).

La chambre de céans a relevé que l'assureur n'avait notamment pas indiqué, dans sa décision sur opposition, les éléments précis sur lesquels il se fondait en vue de déterminer la durée des soins admise. Son dossier ne contenait en outre aucune trace des entretiens téléphoniques entre l'OASD et son infirmière-conseil, ni un avis motivé de cette dernière. L'assureur ayant soutenu, dans son courriel à la chambre de céans du 13 juillet 2023, 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, il admettait avoir statué sans disposer des renseignements nécessaires. Il appartenait ainsi à l'assureur de solliciter auprès de l'OASD des indications détaillées sur la durée des soins et de déterminer si la prestation « Soutien et conseil » pouvait être prise en compte en majorant la durée des soins prise en charge.

Sur le fond, il ne paraissait guère contestable que l'état de santé de l'assuré rendait nécessaire une aide pour l'habillement. L'aide à l'alimentation ne se limitait quant à elle pas au service des repas, dès lors que l'assuré avait exposé ne pas être en mesure de couper ses aliments, ni de boire normalement en raison de ses tremblements.

S'agissant de la réduction des prestations de l'assureur pour cause de surindemnisation, l'assureur devait examiner les justificatifs de frais produits par

l'assuré afin de déterminer les coûts liés aux soins et à l'assistance qui étaient à sa charge.

- C. a.** Les 28 juin et 8 décembre 2023, l'OASD a transmis à l'assureur des mandats médicaux pour les soins relatifs à la période du 7 juin 2023 au 8 juin 2024, signés par le Dr D_____. L'évaluation et les conseils correspondaient à 0.3 heure par mois, et les soins de base à 63.6 heures par mois.

Il a également adressé à l'assureur un mandat médical complémentaire en date du 13 octobre 2023, relatif à la période du 13 au 31 octobre 2023, en raison d'une opération de la cataracte subie par l'assuré, lequel prévoyait notamment 16 heures par mois au titre de soins de base.

b. Par courrier du 16 février 2024, l'assureur a demandé au Dr D_____ des précisions relatives aux soins à domicile pour la période du 3 juin au 3 décembre 2021, à savoir la liste des diagnostics détaillés en 2021, la situation fonctionnelle et la description de la situation de dépendance en rapport avec les activités de base de la vie quotidienne.

c. Le 7 mars 2024, le Dr D_____ a indiqué à l'assureur que l'assuré souffrait d'un état d'infirmité motrice cérébrale post-anoxique depuis sa naissance. Son état clinique était globalement stable. Il présentait une spasticité aux quatre membres avec une diminution de la force aux membres supérieurs. La marche était effectuée de manière difficile, penché vers l'avant, avec un élargissement du polygone de sustentation. Le risque de chute était majeur. La marche était impossible sans l'usage de son rollator et l'aide d'une tierce personne était requise afin de franchir les obstacles. Au niveau des membres supérieurs, cette spasticité bilatérale rendait très difficile l'utilisation de ses mains pour des gestes fins. Lors de l'examen clinique, d'autres gestes, comme l'habillage et le déshabillage, étaient impossibles à effectuer sans aide. Le niveau de dépendance de l'assuré était élevé. Le Dr D_____ indiquait ne pas avoir effectué d'évaluation au domicile de l'assuré s'agissant des activités de la vie quotidienne. Les besoins en soins décrits par l'OASD lui paraissaient toutefois adéquats au vu de l'état clinique de l'assuré.

d. Le 20 mars 2024, le docteur E_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assureur, a réévalué le dossier de l'assuré s'agissant des prestations relatives à la période du 3 juin au 3 décembre 2021.

La toilette complète (position 10102) a été reconnue à hauteur de 40 minutes par jour au lieu des 70 minutes requises, au motif que l'instrument RAI-HC (*Resident Assessment Instrument - Homecare*) prévoyait un temps indicatif de 40 minutes. Compte tenu des documents de soins fournis, un temps supplémentaire au temps indicatif n'était pas accepté.

La toilette intime (position 10105) était acceptée à hauteur de 15 minutes par jour au lieu de 36 minutes, sur le fondement du temps indicatif de l'instrument

RAI-HC, étant précisé que la description du plan d'intervention relative à cette prestation était inadéquate.

Le rasage (position 10106) n'était admis que pour 5 minutes au lieu de 7 minutes, compte tenu du fait que cette prestation était réalisée simultanément à celle de la toilette complète (position 10102). L'instrument RAI-HC prévoyait à cet égard qu'une durée de 10 minutes pouvait être retenue si cette prestation était effectuée de manière isolée.

La prestation « lever et coucher » (position 10503) était refusée s'agissant du matin dans la mesure où elle n'était jamais décrite dans les observations de soins, ni dans un processus de soins. Elle était toutefois admise pour le soir, notamment sur le fondement du rapport médical du 7 mars 2024 du Dr D_____.

Le fait d'aider à boire avec la paille (position 10301) était refusé car cette prestation n'était pas décrite dans les observations de soins. La vérification de la température des liquides était en outre une prestation d'hôtellerie et l'aide visant à éviter les fausses routes était un objectif de soins, et non une prestation de soins. Cette prestation était en outre incluse dans l'aide à manger (position 10302).

L'aide pour manger (position 10302) n'était accordée qu'à hauteur de cinq minutes le matin et cinq minutes le soir sur la base du rapport médical du 7 mars 2024 du Dr D_____, en lien avec l'aide requise pour boire. La préparation des repas, comme le fait de réchauffer ou couper les aliments, était une prestation dite d'hôtellerie qui ne pouvait pas être prise en charge par l'assureur.

Enfin, la prestation « soutien/conseil » (position 10909) était refusée dans la mesure où elle n'était pas documentée dans les observations de soins.

En conclusion, l'évaluation et les conseils correspondaient à 0.3 heure par mois, et les soins de base à 48.9 heures par mois.

e. Par courrier du 22 avril 2024, l'assureur a demandé à l'OASD de lui fournir un plan de soins et des observations de soins, en précisant que les informations dont disposait son infirmière-conseil, en lien avec les soins à domicile pour la période du 8 décembre 2023 au 8 juin 2024, ne lui permettaient pas de se déterminer sur la prise en charge des frais relatifs aux soins à domicile.

f. Le 1^{er} mai 2024, l'OASD a adressé un courriel à l'assureur, en s'étonnant de sa demande, laquelle intervenait plus de quatre mois après la transmission du mandat médical pour soins, et en lui transmettant le plan de soins détaillé et les observations de soins du mois d'avril 2024.

g. En date du 21 juin 2024, l'OASD a transmis à l'assureur le mandat médical pour les soins relatifs à la période du 9 juin au 9 décembre 2024, signé par le Dr D_____. L'évaluation et les conseils correspondaient à 0.3 heure par mois, et les soins de base à 63.6 heures par mois.

h. Par courrier du 1^{er} juillet 2024, l'assureur a indiqué à l'OASD, s'agissant des soins du 8 décembre 2023 au 9 décembre 2024, que son mandat ne remplissait pas les exigences légales selon lesquelles l'AOS ne prenait en charge que les prestations efficaces, appropriées et économiques.

La durée journalière requise pour effectuer la toilette complète était acceptée à hauteur de 50 minutes, au lieu de 70 minutes, au motif que cette durée de prestation n'était pas démontrée. Dix minutes supplémentaires au temps recommandé par le catalogue des prestations étaient toutefois accordées. Les heures de soins mensuelles pouvaient ainsi être facturées pour une durée de 30 minutes au tarif A et à hauteur de 53 heures et 30 minutes au tarif C (au lieu de 63 heures et 30 minutes).

i. Le 15 juillet 2024, l'OASD a contesté la limitation des soins, en soulignant qu'il était inacceptable de recevoir une limitation rétroactive des soins prodigués depuis le 8 décembre 2023, alors que les factures des mois de décembre 2023 et janvier 2024 avaient été prises en charge.

j. Le 16 juillet 2024, l'assureur a indiqué à l'OASD qu'il avait bien reçu son rapport de contestation relatif aux soins du 9 juin au 9 décembre 2024 et que ce cas était en cours « auprès du juridique (*sic*) » et qu'il était dans l'attente de la décision finale du tribunal. Il transmettrait ainsi à l'OASD sa décision dès que le dossier juridique serait clos et « selon la décision juridique finale ».

k. Par courrier du 19 juillet 2024, l'OASD a informé l'assureur qu'il avait tenté de le contacter à maintes reprises au sujet des soins de l'assuré. Il a notamment souligné qu'il ne comprenait pas pour quelle raison la prise en charge de ses soins avait diminué. L'OASD joignait à son courrier les différentes factures ouvertes avant la prise de décision de l'assureur, soit celles de février à juin 2024, en lui demandant de procéder à leur régularisation au plus vite.

l. Le 26 juillet 2024, l'assureur a informé l'OASD qu'une procédure administrative était en cours et que les factures en lien avec le dossier de l'assuré étaient suspendues dans l'intervalle.

m. Par décision du 29 juillet 2024, l'assureur, se référant aux soins à domicile dispensés par l'OASD pour la période du 3 juin au 3 décembre 2021, a indiqué à l'assuré qu'il avait constaté, à la suite d'une réévaluation du dossier, que certaines prestations ne devaient pas être prises en charge par l'AOS.

Se fondant sur le rapport du Dr D_____ du 7 mars 2024 et sur l'évaluation effectuée par le Dr E_____ et ses infirmiers-conseils en date du 20 mars 2024, l'assureur a expliqué que la prestation liée à la « toilette complète » était accordée à hauteur de 40 minutes par jour, au lieu de 70 minutes, sur la base du catalogue RAI-HC. Les prestations consistant à vérifier la température des liquides, chauffer les repas et couper les aliments relevaient quant à elles de l'hôtellerie et étaient à la charge de l'assuré. La prestation « soutien/conseil » (position 10909) était refusée dans la mesure où elle n'était pas documentée dans les observations de

soins. Les prestations « lever/coucher », « aider à boire avec la paille » n'étaient pas décrites dans les observations de soins. Des temps supplémentaires avaient toutefois été accordés pour le soir.

S'agissant de la retenue partielle de l'allocation pour impotent, celle-ci n'était plus applicable, compte tenu du fait que les montants restant à charge de l'assuré étaient supérieurs à ceux qui étaient déduits sur les soins de base dont il bénéficiait.

n. En date du 28 août 2024, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, en sollicitant la transmission des rapports des infirmiers-conseils et des médecins-conseils sur lesquels la décision se fondait.

Il a en outre souligné que cette décision ne semblait porter que sur la période du 3 juin au 3 décembre 2021, alors que l'assureur avait continué de réduire les prestations octroyées et à déduire l'allocation pour impotent au-delà de cette date.

Les prestations de soins dispensées postérieurement au 3 décembre 2021 n'avaient jamais fait l'objet d'une décision de l'assureur. Cependant, les prestations avaient été réduites et l'OASD n'avait pas été payé pour l'intégralité des soins prodigués, ce qui était illégal, tout comme la réduction rétroactive des prestations.

L'assureur était ainsi sommé de procéder au règlement des factures en souffrance et de rendre une décision formelle s'agissant des prestations de soins à domicile pour la période postérieure au 3 décembre 2021, sans quoi un recours pour déni de justice serait interjeté.

o. Par courrier du 5 septembre 2024, l'assureur a transmis à l'assuré le rapport d'évaluation du 20 mars 2024 de son médecin-conseil et de ses infirmiers-conseils.

Il a relevé que sa décision du 19 janvier 2022 mentionnait que la limitation des prestations figurant dans son courrier du 1^{er} juillet 2021 serait appliquée sur les factures dès le mois de septembre 2021, de sorte que le prononcé d'une nouvelle décision relative aux prestations postérieures au 3 décembre 2021 était superflu.

p. Par courrier du 8 novembre 2024, l'assuré a rappelé à l'assureur qu'il n'avait toujours pas reçu de décision sur opposition, ni une copie de son dossier. Il était pour le surplus inadmissible que l'assureur ait cessé la prise en charge de l'intégralité des soins alors qu'il reconnaissait qu'une majorité de ceux-ci étaient à sa charge. L'assureur était ainsi mis en demeure de procéder au remboursement des factures de soins pour la part qu'il n'avait pas limitée. L'assuré faisait en outre valoir qu'il ne comprenait pas pour quelle raison le médecin-conseil de l'assureur s'était prononcé en 2024 sur un plan d'intervention et des observations datant de 2021 et pour quelle raison aucune information n'avait été sollicitée auprès de l'OASD quant aux prestations fournies par la suite.

q. Le 18 novembre 2024, l'assureur a informé l'assuré que les montants correspondant aux prestations non contestées seraient versés dans les plus brefs délais à l'OASD s'agissant des factures établies depuis le mois de février 2024.

r. Par décision du 20 novembre 2024, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en indiquant qu'il avait pu réévaluer les prestations à charge selon les prescriptions légales pour le mandat couvrant les soins du 3 juin au 3 décembre 2021.

Selon l'assureur, les prestations consistant à vérifier la température des liquides, chauffer des repas et découper des aliments ne constituaient pas des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'AOS dans la mesure où elles relevaient de « l'hôtellerie » et faisaient partie du catalogue des « prestations ménage », à la charge de l'assuré. Les prestations de soins « aider à manger » (position 10302) et « lever/coucher » (position 10503), telles que décrites dans les observations de soins, n'étaient pas non plus des prestations de l'AOS. Des temps supplémentaires avaient toutefois été accordés après l'analyse du rapport du Dr D_____ du 15 mars 2024. S'agissant de la prestation « soutien/conseil » (position 10909), celle-ci ne pouvait être facturée au tarif C, mais au tarif A.

En outre, tous les mandats reçus par l'OASD concernant les soins depuis le 3 juin 2021 avaient fait l'objet de diverses limitations, sans qu'aucune contestation eût été formulée par le fournisseur de soins.

Enfin, le détail des limitations relatives à la période de soins du 3 juin au 3 décembre 2021 était annexé à la décision sur opposition.

- D. a.** Par acte du 10 janvier 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 20 novembre 2024, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de produire des décomptes mensuels détaillés des prestations depuis le mois de décembre 2021 et à pouvoir détailler et amplifier ses conclusions en paiement une fois ces pièces obtenues.

Principalement, le recourant a conclu au constat de l'existence d'un déni de justice, à ce que l'intimée soit condamnée à prononcer une décision formelle s'agissant du droit aux prestations de soins du recourant pour le futur et à la condamnation de l'intimée à rembourser la différence entre les soins pris en charge et les factures de soins effectives de l'OASD depuis le 3 décembre 2021 jusqu'au prononcé d'une décision formelle, soit CHF 30'000.- avec intérêts à 5% l'an, sous réserve d'amplification. Il a enfin conclu à l'annulation de la décision entreprise et au constat qu'il avait droit à la prise en charge de 6'870 minutes de soins à domicile au tarif C par mois, l'intimée devant être condamnée à verser les prestations en découlant.

À l'appui de son recours, le recourant a notamment fait valoir qu'il avait toujours partagé son domicile avec sa mère, qui lui prêtait au quotidien la majeure partie de l'assistance dont il avait besoin, jusqu'à l'entrée de celle-ci dans un établissement médico-social (ci-après : EMS) au mois de décembre 2022.

Il a également souligné qu'il n'avait jamais reçu une quelconque communication écrite s'agissant de la limitation des soins postérieure au mois de décembre 2021, l'intimée s'étant contentée d'échanger avec l'OASD à ce sujet. Le recourant avait demandé à plusieurs reprises qu'une décision formelle fût rendue pour les soins postérieurs au mois de décembre 2021. La limitation des soins opérée par l'intimée depuis le mois de décembre 2021 était dès lors infondée, de sorte qu'elle devait être condamnée à rembourser l'intégralité des soins facturés par le fournisseur de soins depuis le mois de décembre 2021. Dans la mesure où le recourant n'avait jamais eu accès aux décomptes précis des prestations versées par l'intimée au fournisseur de soins, il ne pouvait chiffrer précisément sa conclusion en paiement, de sorte qu'il souhaitait pouvoir compléter ses conclusions sur ce point. L'existence d'un déni de justice devait également être constatée, de sorte que l'intimée devait être condamnée à rendre une décision formelle pour le futur.

S'agissant de la période du 3 juin au 3 décembre 2021, le recourant a relevé que l'intimée avait réduit la durée de bon nombre de prestations au motif que celles-ci dépassaient les temps prévus par l'instrument RAI-HC. Dans la mesure où les durées des prestations prévues par ce catalogue étaient indicatives, l'intimée ne pouvait pas réduire les prestations demandées par l'OASD sans vérifier *in concreto* la durée nécessaire. Par ailleurs, contrairement à ce que soutenait l'intimée, l'aide à manger et à boire faisait partie des soins de base pris en charge par l'AOS. Il n'était ainsi pas admissible que l'intimée réduisît considérablement le temps relatif à la préparation des repas et l'aide à boire.

Le recourant a notamment produit, à l'appui de son recours, le rapport d'enquête réalisé par l'OAI en date du 31 mars 2022, en lien avec la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité.

b. Dans sa réponse du 11 mars 2025, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours, à la confirmation de la décision entreprise et au constat que l'OAI devait imputer les prestations de soins de base sur les éventuelles contributions d'assistance.

L'intimée a relevé que le recourant faisait preuve de mauvaise foi en soutenant qu'elle n'avait pas pris position sur les limitations de prestations de soins s'agissant de la période postérieure au mois de décembre 2021. Selon elle, le recourant avait été informé des limitations des prestations de soins relatives à la période postérieure au mois de décembre 2021, notamment par courrier du 18 août 2021 et par décision du 19 janvier 2022, lesquels mentionnaient que les prestations seraient réduites à compter du mois de septembre 2021.

Par ailleurs, l'intimée estimait que les conditions pour l'admission d'un déni de justice n'étaient pas remplies. Durant les sept mois ayant séparé la notification de l'arrêt de la chambre de céans du 17 novembre 2023 du prononcé de la décision du 29 juillet 2024, elle n'était pas restée inactive, dès lors qu'elle avait eu des

échanges avec le recourant, le médecin traitant de ce dernier, son médecin-conseil et l'OASD.

Quant aux corrections relatives à l'allocation pour impotent, celles-ci auraient lieu dès la fin de la procédure, étant donné que les montants restant à la charge du recourant étaient supérieurs à ceux que l'intimée devait déduire des prestations de soins.

Enfin, l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil et de ses infirmiers-conseils, a maintenu sa position quant au bien-fondé des limitations des prestations de l'OASD.

c. Le 30 mai 2025, le recourant a indiqué qu'il croyait comprendre du mémoire de réponse de l'intimée que l'objet du litige englobait l'étendue du remboursement des prestations de soins à charge de l'assurance obligatoire depuis le 3 juin 2021 et pour l'avenir. Dans cette hypothèse, les conclusions en constatation d'un déni de justice et en prononcé d'une décision formelle pouvaient être écartées.

Sur le fond, il a relevé que le catalogue RAI-HC mentionné par l'intimée n'était pas disponible en libre accès, de sorte qu'il en sollicitait la production. Il a également contesté les durées retenues par l'intimée s'agissant de certaines prestations de soins. Enfin, se référant à la récente jurisprudence du Tribunal fédéral, il a souligné qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un calcul de surindemnisation en cas de perception concurrente de prestations de l'assurance-maladie et d'une allocation pour impotent. Bien que l'intimée eût déjà admis ce grief dans son mémoire de réponse, elle déduisait encore 40% de l'allocation d'impotence du total des heures admises.

Le recourant a enfin conclu à ce que l'infirmière coordinatrice de l'OASD soit entendue en tant que témoin, en précisant qu'elle avait établi les besoins pour le plan de soins.

d. Par courrier du 16 juin 2025, la chambre de céans a sollicité de l'intimée qu'elle produise le catalogue RAI-HC auquel elle se référait dans son mémoire de réponse.

e. Le 27 juin 2025, l'intimée a adressé à la chambre de céans un document intitulé « complément aux manuels interRAI », dans sa version du mois de mars 2023.

f. Par courrier du 4 septembre 2025, le recourant a souligné que le document produit par l'intimée mentionnait que les descriptions individuelles de prestations ne devaient pas être comprises comme des instructions obligatoires ou des standards impératifs lors de l'exécution de la prestation. Elles devaient plutôt être considérées comme des valeurs de référence. Les éventuels écarts de durée devaient être justifiés. Pour le surplus, le recourant a persisté à contester les limitations de certaines prestations retenues par l'intimée.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal - RS 832.12) ne dérogent expressément à la LPGA.

1.3 Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement, le recours, en tant qu'il porte sur la décision sur opposition du 20 novembre 2024, est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)).

1.4 Le recourant a toutefois également conclu au constat d'un déni de justice, au motif que l'intimée n'a pas rendu de décision relative à la période postérieure au mois de décembre 2021 s'agissant de la prise en charge des prestations de soins prodiguées par l'OASD.

1.4.1 En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 4 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision.

Conformément à l'art. 62 al. 6 LPA, une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'art. 4 al. 4.

1.4.2 *In casu*, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

- 2.** Il convient préalablement de circonscrire l'objet du litige, singulièrement de déterminer si la décision rendue par l'intimée en date du 29 juillet 2024, confirmée par la décision sur opposition du 20 novembre suivant, se limite à la période du 3 juin au 3 décembre 2021 ou si elle concerne également la période courant du 4 décembre 2021 à ce jour et pour l'avenir.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

2.2 En l'occurrence, il convient tout d'abord de rappeler que la chambre de céans a estimé, dans le cadre de la procédure ayant conduit au prononcé de l'arrêt du 27 novembre 2023, que le litige portait, 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 (ATAS/919/2023 consid. 4).

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimée, il ne ressort pas explicitement de son courrier du 19 janvier 2022 que les restrictions relatives aux prestations prises en charge concernaient également la période postérieure au mois de décembre 2021. En effet, l'intimée, dans ce courrier, s'est référée aux soins à domicile dispensés par l'OASD pour la période du 3 juin au 3 décembre 2021 uniquement, en précisant que les limitations de prise en charge seraient appliquées à compter du mois de septembre 2021 dans la mesure où elle avait accepté de surseoir à l'application desdites limitations pendant trois mois. En outre, dans sa décision sur opposition du 20 octobre 2022, l'intimée a également mentionné les prestations en lien avec le mandat du 3 juin au 3 décembre 2021, se contentant d'informer le recourant que l'OASD a respecté ces limitations dans les mandats postérieurs au mois de septembre 2021. Il en va de même concernant son courriel du 18 février 2022 et de son courrier du 20 février suivant, lesquels ne font pas mention de la période postérieure au 3 décembre 2021.

En outre, à la suite de l'arrêt ATAS/919/2023 rendu par la chambre de céans en date du 27 novembre 2023, l'intimée a repris l'instruction du dossier en adressant notamment une demande de renseignements médicaux au Dr D_____ par courrier du 16 février 2024, lequel mentionne : « afin de poursuivre l'analyse du dossier de notre assuré [...] concernant les soins à domicile pour la période du 3 juin 2021 au 3 décembre 2021, nous aurions besoin de plus de précision quant aux diagnostics médicaux ».

De surcroît, le 20 mars 2024, le médecin-conseil de l'intimée et ses deux infirmiers-conseils ont réévalué le dossier du recourant, en précisant que leur examen portait sur les prestations effectuées durant la période du 3 juin au 3 décembre 2021, « selon le plan d'intervention [de l'OASD] reçu le 16.06.21 ».

Il appert ainsi que l'instruction complémentaire effectuée par l'intimée a porté sur la période du 3 juin au 3 décembre 2021. Quant à la décision querellée, celle-ci mentionne explicitement que l'intimée a réévalué les prestations à sa charge s'agissant du mandat couvrant les soins du 3 juin au 3 décembre 2021, de sorte que l'objet du litige concerne bel et bien cette période.

La chambre de céans observe que le fait que l'intimée ait continué à appliquer les réductions de prise en charge des prestations de soins après le 3 décembre 2021 ne saurait conduire à l'extension de l'objet du litige, ce pour les motifs suivants.

Après le 3 décembre 2021, l'OASD a renouvelé les prescriptions médicales de soins, en adressant à l'intimée, en date des 28 juin 2023, 8 décembre 2023 et 21 juin 2024, des mandats médicaux pour les soins relatifs à la période du 7 juin 2023 au 9 décembre 2024. Dans ces conditions, une nouvelle évaluation des soins requis devait être effectuée par l'intimée, en application de l'art. 8a al. 7 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).

Or, l'évaluation effectuée par l'intimée dans ce contexte a conduit à une nouvelle réduction des prestations de soins octroyées au recourant, dès lors qu'en date du 1^{er} juillet 2024, l'intimée a informé l'OASD que les heures de soins mensuelles ne pouvaient plus être facturées qu'à hauteur de 53 heures et 30 minutes au tarif C, au lieu de 64 heures et 29 minutes, durée admise par l'intimée en date du 1^{er} juillet 2021.

De même, l'OASD a adressé à l'assureur un mandat médical complémentaire en date du 13 octobre 2023, relatif à la période du 13 au 31 octobre 2023, en raison d'une opération de la cataracte subie par le recourant, lequel prévoyait notamment la prise en charge de 16 heures supplémentaires au titre de soins de base, ce qui démontre le caractère potentiellement variable des heures de soins à prendre en charge.

Dans ces conditions, l'on ne saurait retenir, d'une part, que la décision querellée couvrirait la période courant du 3 juin à nos jours, ni, d'autre part, que l'objet du

litige pourrait être étendu au-delà du 3 décembre 2021, dès lors que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le bien-fondé des nouvelles restrictions retenues par l'intimée.

Par conséquent, l'objet du litige ne concerne que la période du 3 juin au 3 décembre 2021.

2.3 Enfin, comme la chambre de céans l'a déjà relevé dans son arrêt du 27 novembre 2023, la conclusion de l'intimée tendant à la constatation de l'imputation des prestations de soins sur les contributions d'assistance versées par l'assurance-invalidité est exorbitante au présent litige, et est partant irrecevable (*cf.* ATAS/919/2023 consid. 4).

3.

3.1 Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

En vertu de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2).

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) - qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) -, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

3.2 Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA), mais l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA).

3.3 En matière d'assurance-maladie obligatoire, les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA (art. 80 al. 1 LAMal). Cette règle, qui s'applique également, en dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA, aux prestations importantes (art. 80 al. 2 LAMal), ne modifie ni l'obligation de l'assureur-maladie de rendre une décision par écrit en cas de désaccord de l'assuré (prévue par l'art. 49 al. 1 LPGA), ni le droit de celui-ci d'exiger qu'une décision soit rendue, en vertu de l'art. 51 al. 2 LPGA (ATF 133 V 188 consid. 3.3).

L'art. 127 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) dispose que lorsqu'une décision est exigée en vertu de l'art. 51 al. 2 LPGA, l'assureur est tenu de la rendre dans les trente jours.

3.4 L'objet d'un recours pour déni de justice vise uniquement à déterminer si l'autorité a refusé de statuer ou tardé à statuer ; les questions de droit matériel, concernant en particulier les prestations d'assurance, ne doivent pas être tranchées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2012 du 13 août 2012 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2016 du 11 août 2016 consid. 3 et les références). Si le tribunal constate une violation de l'art. 56 al. 2 LPGA, il doit donc renvoyer la cause à l'administration avec pour consigne d'entreprendre ou de poursuivre immédiatement l'instruction, ou encore de statuer sans délai (Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 47 *ad* art. 56).

3.5 En l'espèce, comme il l'a été précisé précédemment (*cf.* consid. 2.2), la décision querellée ne concerne que la période du 3 juin au 3 décembre 2021.

Or, il ne ressort pas du dossier que l'intimée aurait notifié au recourant une décision, même informelle, s'agissant de la prise en charge des soins durant la période postérieure au 3 décembre 2021.

À cet égard, il convient de rappeler qu'en date du 28 août 2024, le recourant a formé opposition à l'encontre de la décision du 29 juillet précédent, en relevant que les prestations de soins dispensées postérieurement au 3 décembre 2021 n'avaient jamais fait l'objet d'une décision de l'intimée et en sommant cette dernière de rendre une décision formelle concernant lesdites prestations.

L'intimée n'a pas donné suite à la mise en demeure du recourant, dès lors que la décision sur opposition du 20 novembre 2024 mentionne explicitement que la période concernée est celle du 3 juin au 3 décembre 2021. L'intimée a d'ailleurs soutenu a tort qu'elle n'avait pas à rendre de décision pour la période postérieure au 3 décembre 2021, au motif que les limitations retenues continuaient à s'appliquer.

Compte tenu de ce qui précède, il appert que l'intimée a commis un déni de justice en refusant de rendre une décision pour la période postérieure à celle du 3 juin au 3 décembre 2021.

Elle sera ainsi condamnée à rendre sans délai une décision formelle en lien avec la période postérieure au 3 décembre 2021.

Pour le surplus, la chambre de céans n'entrera pas en matière sur les conclusions en paiement du recourant relatives à la période postérieure au 3 décembre 2021, étant donné qu'il s'agit de questions de droit matériel.

- 4.** 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.

4.1 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^{bis}). Le Conseil fédéral désigne les soins qui peuvent être fournis sur prescription ou sur mandat médical. Il définit quels soins peuvent être fournis sans prescription ni mandat médical (al. 3). Il fixe la procédure d'évaluation des besoins en soins et règle la coordination entre les médecins traitants et les infirmiers (al. 3^{quater}). 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).

4.2 Le Conseil fédéral, à l'art. 33 let. b OAMal, 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'OPAS 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), soit l'évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier ; la planification des mesures nécessaires (ch. 1), les 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) ; 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. 2^{bis}). 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 ».

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 (*Personenilfe*), 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).

4.3 L'évaluation des soins requis comprend aussi l'appréciation de l'état général du patient et l'évaluation de son environnement social (art. 8a al. 3 OPAS). Elle se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire standardisé, établi en commun par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Celui-ci indique notamment le temps nécessaire aux prestations prévues (art. 8a al. 4 OPAS). Les assureurs peuvent exiger que les données de l'évaluation des soins requis portant sur les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, leur soient communiquées (art. 8a al. 6 OPAS). En cas de nouvelle prescription ou de nouveau mandat médical ou en cas de renouvellement de la prescription ou du mandat médical, une nouvelle évaluation des soins requis est effectuée

(art. 8a al. 7 OPAS). En cas de soins fournis sans prescription ou mandat médical, une évaluation des soins requis doit être refaite au plus tard neuf mois après la première évaluation. Deux nouvelles évaluations peuvent être effectuées sans l'accord du médecin traitant. Au-delà de 27 mois, l'infirmier doit adresser dans les meilleurs délais au médecin traitant un rapport décrivant notamment le genre, le cadre, le déroulement et les résultats des soins fournis (art. 8a al. 8 OPAS).

Aux termes de l'art. 8c OPAS, la procédure de contrôle sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations par les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b. Si l'évaluation des soins requis prévoit plus de 60 heures de soins par trimestre, le médecin-conseil (art. 57 LAMal) peut vérifier l'évaluation. Si elle prévoit moins de 60 heures de soins par trimestre, le médecin-conseil procède par sondages systématiques. Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent convenir de règles supplémentaires pour la procédure de contrôle.

4.4 Le temps nécessaire aux prestations dispensées à domicile par des infirmiers ou infirmières, par une organisation d'aide et de soins à domicile ou un établissement médico-social, de même que le type de soins et la manière de les dispenser relèvent de l'appréciation du prestataire de soins et du médecin délivrant le mandat de prestations. L'évaluation des soins requis est en principe déterminante pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Elle peut être contrôlée en vue de vérifier que les prestations en question sont comprises dans celles prévues par les art. 7 s. OPAS. Toutefois, pour l'appréciation du besoin concret de soins, le prestataire de soins et le médecin traitant qui délivre le mandat de prestations – et qui connaît bien l'évolution de l'état de santé de son patient – disposent d'un pouvoir d'appréciation sur lequel il n'y a lieu d'intervenir qu'avec retenue. Il convient par ailleurs de prendre en considération la présomption légale d'après laquelle les prestations ordonnées par un médecin sont efficaces, appropriées et économiques (ATF 129 V 167 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2017 du 6 décembre 2018 consid. 4.3).

On ne peut pas déduire de l'art. 8c OPAS que l'appréciation du médecin-conseil prévaudrait de manière générale. Lorsqu'elle ne repose pas sur une évaluation personnelle préalable de l'état de santé de la personne assurée, mais simplement sur des valeurs standards, cette appréciation n'est en principe pas suffisante pour remettre en cause celle du médecin traitant, qui est mieux informé de l'état de santé de son patient et de l'évolution de cet état de santé (arrêts du Tribunal fédéral 9C_912/2017 du 6 décembre 2018 consid. 4.3 ; 9C_365/2012 du 31 octobre 2012 consid. 4.1).

5.

5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

5.2 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

5.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

- 6.** En l'occurrence, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir réduit la durée de prise en charge de certains soins prodigués par l'OASD. Il relève notamment que l'aide à manger et à boire est une prestation du catalogue de l'OPAS devant être prise en

charge dans une mesure supérieure à celle qui a été retenue par l'intimée, à savoir cinq minutes par jour, en raison de la surveillance devant être assurée pendant les repas à cause du risque de fausse route.

L'intimée estime quant à elle que les limitations des prestations de soin à domicile retenues sont justifiées dans la mesure où elles reposent sur l'avis de son médecin-conseil et de son service médical. Les prestations consistant à vérifier la température des liquides, chauffer les repas et couper les aliments constituent des prestations dites d'hôtellerie et ne sont pas à la charge de l'AOS. Selon l'intimée, les prestations intitulées « aide à manger » et « lever / coucher », telles que décrites dans les observations de soins, ne sont pas non plus des prestations LAMal, même si des durées supplémentaires ont été accordées en lien avec ces prestations après l'analyse du rapport du Dr D_____ du 7 mars 2024.

6.1 La chambre de céans rappelle en préambule, s'agissant de l'instrument d'évaluation RAI-HC sur lequel l'intimée se fonde pour réduire les prestations de soins à domicile, qu'il constitue, selon la jurisprudence, de simples recommandations qui ne lient pas le juge, bien ce dernier puisse en tenir compte lorsqu'elles permettent une application satisfaisante et adaptée au cas particulier des dispositions topiques (ATF 124 V 351 consid. 2.e ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 5.2.1 et les références).

6.2 S'agissant des différentes limitations retenues par l'intimée et contestées par le recourant, la chambre de céans relève ce qui suit.

6.2.1 Concernant la prestation « toilette complète » (10102), la prise en charge quotidienne de celle-ci a été réduite par l'intimée de 70 minutes à 40 minutes, au motif que cette durée était prévue par l'instrument d'évaluation RAI-HC et qu'un supplément ne pouvait pas être reconnu au vu des documents de soins du dossier.

L'instrument d'évaluation RAI-HC produit par l'intimée prévoit effectivement une durée de 40 minutes pour la prestation « toilette complète », laquelle comprend les actes suivants : accompagner la personne à la salle de bain, la déshabiller, la faire entrer dans la douche/baignoire, la laver, la faire sortir de la douche/baignoire, la sécher, soigner sa peau, appliquer une lotion, habiller et peigner/coiffer la personne, la transférer hors de la salle de bain, nettoyer la douche/baignoire.

La limitation retenue par l'intimée est toutefois injustifiée.

En effet, il appert que l'intimée, dans sa décision sur opposition du 20 octobre 2022, avait admis une prise en charge quotidienne de 70 minutes pour cette prestation. Or, l'on voit mal quel élément médical ressortant de l'instruction plaiderait pour une diminution de 30 minutes. À cet égard, le médecin-conseil de l'intimée s'est référé au temps mentionné par le catalogue RAI-HC pour en déduire que la prise en charge devrait être réduite à hauteur de 40 minutes. Il s'est également fondé sur les « observations de soins du 25.05.21 au 23.06.21 » pour exclure la prise en compte d'une prise en charge supplémentaire.

Or, dans son rapport du 7 mars 2024, le Dr D_____ a indiqué que les besoins en soins décrits par l'OASD lui paraissaient adéquats au vu de l'état de santé du recourant. En outre, à teneur du plan de soins adressé par l'OASD à l'intimée en date du 16 juin 2021, la durée quotidienne de 70 minutes requise en lien avec la toilette complète était notamment justifiée par le risque de chute sévère et le fait que le recourant se déplaçait lentement, à l'aide d'un moyen auxiliaire. Quant à l'extrait des observations de soins mentionné par le médecin-conseil, celui-ci ne permet pas de déterminer le temps requis par les différentes prestations incluses dans la toilette complète. La chambre de céans relève par ailleurs que les observations de soins mentionnées par le médecin-conseil dans son évaluation du 20 mars 2024 ne figurent pas dans le dossier de l'intimée.

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, qui repose en l'occurrence essentiellement sur des valeurs standards, n'est pas suffisante pour remettre en cause celle du Dr D_____.

Par conséquent, l'intimée n'avait pas à réduire la durée de prise en charge de la toilette complète du recourant.

6.2.2 L'intimée a réduit la prestation « toilette intime » (10105) de 36 minutes à quinze minutes, en se référant à la valeur indicative prévue par l'instrument d'évaluation RAI-HC et en indiquant que la description figurant dans le plan d'intervention était inadéquate.

À cet égard, force est de constater que l'intimée relève à raison que la description de l'activité en question ne correspond pas à celle de la toilette intime (« Lors du passage du soir. L'aider dans ses déplacements quotidiens, éviter qu'il ne chute »), de sorte qu'elle était fondée à retenir une durée de soins de 15 minutes, correspondant à la durée indicative prévue par l'instrument d'évaluation RAI-HC. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, rien n'indique que l'OASD aurait inclus l'accompagnement aux toilettes dans cette prestation, de sorte qu'il ne se justifie pas de la revoir à la hausse.

6.2.3 Concernant les activités « aider à s'alimenter » (10302) et « aider à boire » (10301), il appert que l'instrument d'évaluation RAI-HC ne contient pas de valeur indicative relative à la durée de ces prestations, mais mentionne que celles-ci sont prises en charge « selon besoin ».

L'intimée a retenu une aide quotidienne de cinq minutes par matin et de cinq minutes par soir au motif que le recourant avait besoin d'aide pour boire, en précisant toutefois que la préparation des repas (chauffer ou couper les aliments) était une prestation d'hôtellerie à la charge du recourant.

Cette argumentation ne saurait être suivie.

En effet, conformément à la jurisprudence précitée (consid. 4.3), lorsque la personne ne peut pas couper elle-même ses aliments ou les porter à sa bouche, l'aide y relative constitue une prestation de soins prises en charge par l'AOS, ce

que la chambre de céans avait du reste déjà relevé dans son arrêt du 27 novembre 2023. Il en va de même s'agissant de l'aide pour boire.

Or, dans son plan d'intervention du 3 juin 2021, l'OASD a sollicité la prise en charge quotidienne de deux fois dix minutes en lien avec l'aide à boire, en exposant que le recourant avait besoin d'être aidé à boire avec une paille, que la température des liquides devait être vérifiée et qu'un risque de « fausses routes » existait. S'agissant de l'acte « aider à manger/s'alimenter », l'OASD a sollicité que deux fois 20 minutes d'aide journalière soient prises en charge, en précisant notamment qu'en raison des tremblements dus à la pathologie du recourant, il fallait couper les morceaux et éviter tout risque de fausse route.

À cet égard, il est établi que l'atteinte du recourant, qui entraîne une spasticité bilatérale au niveau des membres supérieurs, rend très difficile l'utilisation de ses mains, y compris pour des gestes simples, comme le relève le Dr D_____ dans son rapport du 7 mars 2024.

De même, l'enquête réalisée par l'OAI en date du 31 mars 2022 confirme que le recourant, en raison d'une paralysie des mains, ne peut « prendre que peu de choses lorsqu'on lui donne les couverts pour servir dans les mains. Couper, tartiner, etc. n'est pas possible non plus en raison de la motricité fine défaillante ». Si le recourant peut manger en partie seul en utilisant ses couverts, il a toutefois besoin d'aide pour racler son assiette, ainsi que pour manger sa soupe et son yaourt. En outre, il faut lui donner la tasse/le verre pour qu'il boive à l'aide d'une paille.

S'il est vrai que le fait de réchauffer le plat du recourant, tel que mentionné par l'OASD dans son courriel du 19 juillet 2021, n'est pas une prestation susceptible d'être prise en charge par l'intimée, il appert que celui-ci a besoin d'être aidé pour manger, ce qui implique une assistance durant l'intégralité du repas, de sorte qu'une aide de 20 minutes par repas ne paraît pas déraisonnable. La nature des actes de vérification de la température des liquides et de surveillance des fausses routes potentielles peut ainsi souffrir de demeurer ouverte dans la mesure où elles ne jouent pas un rôle déterminant dans la durée des soins requis.

Enfin, le rapport d'enquête du 31 mars 2022 de l'OAI confirme que le recourant a besoin d'être aidé pour boire.

Au vu de ce qui précède, les durées de prestations de soins proposées par l'OASD en lien avec l'aide pour manger et boire peuvent être confirmées.

6.2.4 L'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, a réduit la durée de rasage (10106) de sept à cinq minutes par jour, au motif que cette prestation est réalisée simultanément à celle de la toilette complète. Selon elle, la durée de dix minutes prévue par l'instrument d'évaluation en lien avec cette prestation suppose que cette dernière soit effectuée de manière isolée, ce qui n'est pas le cas dans la situation du recourant.

En l'occurrence, s'il est compréhensible que la prestation de rasage prenne moins de temps lorsqu'elle est combinée à celle de la toilette complète, dès lors que la personne se trouve déjà dans la salle de bain, l'interprétation que fait l'intimée de l'instrument d'évaluation RAI-HC n'est pas convaincante. En effet, le catalogue de prestations prévoit explicitement que le rasage (« combiné avec toilette complète ou partielle ») est pris en charge à concurrence de dix minutes, de sorte que l'argument de l'intimée tombe à faux.

Il convient également de souligner qu'à teneur du rapport d'enquête du 31 mars 2022 de l'OAI, la motricité fine du recourant est si réduite qu'il a besoin d'une assistance complète pour le rasage.

Dans ces conditions, la durée de sept minutes retenue par l'OASD, inférieure à la durée indicative du catalogue, doit être confirmée, étant également souligné que l'intimée avait admis cette durée de prise en charge dans sa décision sur opposition du 20 octobre 2022.

6.2.5 Concernant l'accompagnement aux WC (10419), celle-ci n'a été demandé qu'une fois par jour par l'OASD, à hauteur de cinq minutes, et a été octroyée par l'intimée. Le recourant fait valoir que cet accompagnement n'a été sollicité par l'OASD que pour le matin, dès lors que l'accompagnement aux WC a été inclus dans la prestation de la toilette intime (*cf. supra* 6.2.2).

Comme mentionné précédemment, il n'y a pas lieu de revenir sur le temps admis s'agissant de la toilette intime. En outre, la chambre de céans observe qu'il ne ressort pas du plan d'intervention du 3 juin 2021 que l'OASD a voulu inclure la prise en charge d'un passage supplémentaire aux toilettes dans le cadre de la toilette intime.

Partant, le grief du recourant doit être écarté.

6.2.6 S'agissant des actes d'aide à l'habillage (position 10114) et de lever/coucher avec aide (position 10503), la chambre de céans observe que le recourant, dans son écriture du 4 septembre 2025, ne conteste pas leur durée de prise en charge, mais se contente de souligner qu'ils sont également pris en compte dans la toilette complète (10102) en ce qui concerne le passage du matin, ce qui explique que la durée de prise en charge de cette prestation (10102) est plus élevée.

Il n'y a donc pas lieu de modifier la décision querellée en lien avec les deux prestations susmentionnées.

6.2.7 Enfin, le recourant ne conteste pas que la prestation « soutien/conseil » (10909) à hauteur de 20 minutes par jour, telle que sollicitée par l'OASD, n'a pas à être prise en charge par l'intimée, *a fortiori* au tarif C.

À cet égard, il convient de rappeler que la chambre de céans, dans son arrêt du 27 novembre 2023, avait déjà constaté que le descriptif des activités en lien avec la prestation « soutien/conseil » ne relevait pas de l'évaluation et des conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS.

La décision querellée peut ainsi être confirmée s'agissant de cet aspect.

Compte tenu de ce qui précède, il appartiendra à l'intimée de recalculer la prise en charge des soins du recourant pour la période du 3 juin au 3 décembre 2021, à l'aune des considérations qui précèdent.

La chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à l'audition de l'infirmière coordinatrice de l'OASD dans la mesure où les limitations découlant de l'état de santé du recourant et leur impact sur les soins de base à effectuer ressortent du plan de prestations de soins du 3 juin 2021, du rapport d'enquête du 31 mars 2022 et du rapport du Dr D_____ du 7 mars 2024.

7. L'intimée a enfin précisé, dans sa décision du 29 juillet 2024, qu'il n'y avait plus lieu de procéder à une retenue partielle de l'allocation pour impotent sur les soins de base du recourant, compte tenu du fait que les frais restant à charge de ce dernier, non couverts par une assurance, étaient supérieurs à la part de l'allocation pour impotent retenue.

À cet égard, la chambre de céans précisera ce qui suit.

7.1 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).

L'art. 69 al. 1 LPGA pose le principe de la concordance des droits (« *Kongruenzprinzip* »). Selon ce principe, qui a une portée générale dans l'assurance sociale (ATF 142 V 75 consid. 6.3.1), les prestations sociales concomitantes concordent lorsque les assureurs sociaux sont tenus à verser des prestations de même nature et but, pour la même période, pour la même personne et pour le même événement dommageable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2024 du 7 janvier 2025 consid. 3.2.1 et la référence).

L'art. 69 al. 2 LPGA fixe une limite de surindemnisation, laquelle est augmentée en tenant compte de certains postes de dommage et de frais non assurés. Ces postes n'étant pas assurés, ils ne sont pas, par la force des choses, congruents avec les prestations d'assurances sociales prises en compte dans le calcul de la surindemnisation. L'art. 69 al. 2 LPGA a uniquement pour objet la limite de surindemnisation et n'a aucun effet sur le point de savoir quelles prestations sont,

selon le principe de la concordance des droits, en concours au sens de l'art. 69 al. 1 LPGA. En d'autres termes, l'extension de la limite de surindemnisation à des éléments non assurés ne remet pas en cause le principe de la concordance des droits (ATF 151 V 1 consid. 8.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2024 du 7 janvier 2025 consid. 3.2.3)

7.2 En vertu de l'art. 78 2^e 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).

7.3 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 indemnifiées 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 peuvent être intégrés 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 ; 9C_43/2012 du 12 juillet 2012 consid. 2).

Dans l'arrêt 9C_480/2022 du 29 août 2024, publié aux ATF 151 V 1 et portant sur la coordination entre les soins de base pris en charge par l'assurance-maladie et l'allocation pour impotent, le Tribunal fédéral est toutefois parvenu à la conclusion que les prestations de soins prises en charges par l'AOS et l'allocation pour impotent fournie par l'assurance-invalidité n'avaient pas la même nature et ne poursuivaient pas le même but au sens de l'art. 69 al. 1 LPGA (consid. 6.5 et 6.6), de sorte que la perception concurrente de prestations de l'AOS pour les soins de base et d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ne pouvaient pas constituer une surindemnisation (consid. 6.7). Partant, les art. 69 al. 2 LPGA et l'art. 122 OAMal n'étaient pas pertinents dans cette configuration (consid. 8 et 9).

7.4 En l'occurrence, l'intimée est parvenue à la conclusion qu'il n'y avait plus lieu de déduire une partie de l'allocation pour impotent du recourant de ses soins de base, dès lors que les frais restant à sa charge, non couverts par une assurance, étaient supérieurs à cette déduction.

Or, comme l'a relevé le recourant dans son écriture du 30 mai 2025, eu égard à la jurisprudence précitée, un calcul de surindemnisation n'a en tout état de cause pas à être effectué, dès lors que les prestations en présence ne sont pas de même nature, ni ne poursuivent le même but (*cf.* art. 69 al. 1 LPGA). Partant, la perception concurrente, par le recourant, d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité et de prestations de soins de base prodigués par l'AOS ne saurait constituer une surindemnisation.

Il appartiendra ainsi à l'intimée de déterminer les prestations de soins prises en charge en faisant abstraction de l'allocation pour impotent perçue par le recourant, ce rétroactivement au mois de juin 2021, début de la période concernée par la décision querellée.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

8.1 Le recourant obtenant en partie gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens

(art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Déclare irrecevable la conclusion de l'intimée 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 du 20 novembre 2024.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
6. Condamne l'intimée à rendre dans les plus brefs délais une décision formelle relative à la prise en charge des soins à domicile s'agissant de la période postérieure au 3 décembre 2021.
7. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 3'500.-, à la charge de l'intimée.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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