

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 décembre 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Michel Chavanne,  
avocat à Lausanne,

et

**U.**\_\_\_\_\_, Droit & Compliance, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 68, 69 LPGa; 25a LAMal; 7 al. 1 et 2 OPAS; 122 al. 1 OAMal**

**E n f a i t :**

**A.** E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, est tétraplégique. Il exerce à plein temps la profession de [...], partiellement en tant qu'employé et partiellement en tant qu'indépendant. Il est assuré auprès d'U. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA (ci-après : U. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal (loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10).

Depuis 1984, l'assuré perçoit une allocation pour impotence grave octroyée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). En 2008 et 2009, le montant de cette allocation s'est élevé à 1768 fr. par mois et, en 2010, à 1824 fr. par mois.

En parallèle, l'intimée a pris en charge depuis plusieurs années, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des factures de soins à domicile d'un montant d'environ 4700 fr. par mois.

Le 7 octobre 2009, l'intimée a adressé à l'assuré une demande de renseignements concernant l'allocation pour impotent. Par réponse du 16 novembre 2009, l'assuré a déclaré qu'il recevait une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI) d'un montant de 1768 fr. chaque mois.

**B.** Sur la base de ces informations, l'intimée a établi un calcul de surindemnisation entre l'allocation pour impotent versée par l'AI et les frais pour soins à domicile pris en charge au titre de la LAMal. Selon l'intimée, ce décompte faisait ressortir une surindemnisation de 777 fr. 90 par mois :

"A. Calcul de la déduction admissible

Montant des allocations pour impotents (AI, AVS, LAA ou ass. militaire)	CHF
1768.-	

./. Montant acquis à l'assuré, soit les frais usuels qui n'ont pas à être prouvés

(56 % de l'allocation selon jurisprudence du TFA) CHF  
990.10

./ Autres frais découlant de l'impotence, dont l'assuré apporte la preuve CHF

**Part de l'allocation d'impotence visant le même but que les prestations de soins à domicile de l'assurance-maladie obligatoire LAMal**  
**CHF 777.90**

B. Calcul de la surassurance (surindemnisation)

Montant des soins de base effectifs (art. 7, al. 2 litt. c OPAS)  
Sur facture CMS centre-ville du 01.08.2009 au 31.08.2009 CHF  
4579.15

./ Déduction admise pour éviter une surindemnisation (selon partie A) **CHF**  
**779.90**

(réd., recte : 777.90)

Part à charge de l'assureur-maladie LAMal CHF  
3981.15"

Par acte du 30 novembre 2009, l'intimée a alors rendu la décision suivante, à laquelle elle a joint une fiche avec le calcul précité :

"[...] En raison de votre état de santé, vous bénéficiez d'une allocation pour impotent d'un montant de Fr. 1768.00 que vous a reconnue l'assurance AI. Par ailleurs, les factures pour les soins à domicile sont régulièrement prises en charge par U.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de la coordination des prestations entre assurances sociales, l'article 69 de la LPGa (Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales) dispose que le concours de prestations de diverses assurances sociales, visant à couvrir le même besoin, ne doit pas conduire à une surindemnisation. Autrement dit les frais alloués ne doivent pas, par suite de cumul, dépasser les coûts réels occasionnés à l'assuré.

Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral des Assurances (ATF 127 V 94 du 19 mars 2001), les allocations pour impotents servies par l'AI, l'AVS ou la LAA peuvent être mises sur un pied d'égalité avec les soins à domicile à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins.

Ainsi, lorsqu'un assuré bénéficie de ces deux types de prestations, comme c'est votre cas, un calcul doit être établi pour vérifier s'il y a surindemnisation ou non. L'allocation d'impotence en tant que telle n'est jamais réduite. En revanche, l'assureur-maladie LAMal est habilité à réduire de manière proportionnée sa participation aux frais de soins à domicile. Vous trouvez en annexe le calcul de surindemnisation que nous avons établi pour votre situation, sur la base de la facture relative aux soins prodigués du 1<sup>er</sup> au 31 août 2009.

En conséquence, nous appliquerons la réduction du montant de Fr. 770.90 correspondant à la surindemnisation (selon annexe) pour chaque facture mensuelle de soins à domicile qui nous sera présentée et ce dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. La déduction portera uniquement en regard des montants facturés par

l'organisation de soins à domicile sous la rubrique "OPAS, art. 7, al. 2, litt. c." ou "soins de base". Dans la mesure où les factures de soins à domicile sont réglées directement par nos soins à un prestataire de soins, le montant précité vous sera directement facturé.

En revanche, nous renonçons à appliquer ce calcul rétroactivement pour les factures qui ont déjà été indemnisées depuis l'octroi de l'allocation d'impotence et jusqu'au 31 décembre 2009.

A noter que si votre état de santé, respectivement l'impotence qui en découle, vous occasionnent d'autres frais spécifiques dont vous pouvez prouver le coût et la nécessité, vous voudrez bien nous faire connaître en quoi ils consistent et nous joindre les preuves de paiement. Le cas échéant, nous pourrions alors les intégrer dans le calcul et vous communiquerons le nouveau montant de la surindemnisation. [...]"

**C.** Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé le 4 janvier 2010 une opposition contre la décision du 30 novembre 2009. D'une part, il a contesté le bien-fondé de la décision attaquée. D'autre part, il a déclaré vouloir faire usage de la possibilité de justifier d'autres frais spécifiques. À cet effet, il a demandé un délai supplémentaire.

Par courrier du 13 janvier 2010, l'intimée a invité l'assuré à transmettre des justificatifs des autres frais spécifiques. Étant resté sans réponse de la part de l'assuré, l'intimée a imparti à l'intéressé un délai au 5 juillet 2010, prolongé par la suite au 10 août 2010.

Par courrier du 23 juillet 2010, le mandataire de l'assuré a fait valoir par une "énumération exhaustive" les frais suivants :

- soutien le samedi de 9h00 à 19h30 par une personne, à raison d'un salaire horaire de 20 francs;
- soutien un week-end sur deux de 10h00 à 19h00, lors de la venue de ses trois enfants de 7 ans et demi, 9 ans et demi et 14 ans et demi, par une personne, à raison d'un salaire horaire de 20 francs;
- soutien durant les vacances passées avec les enfants, pendant environ cinq à six semaines par an, respectivement 40 jours par an, de 8h00 à 20h00, à raison d'un salaire horaire de 20 francs;
- personne pour la préparation des repas des enfants le mardi et pour lui pendant toute la semaine, pendant 8 à 9 heures par jour, environ 40 jours par année;

- aide de ménage (nettoyage) en semaine pour 800 fr. à 900 fr. par mois, respectivement 12'000 fr. par année;
- frais supplémentaires en prenant de "petites vacances" pour l'accompagnement par une personne et l'indemnisation des frais annexes pour cette personne (hôtel, transports, nourriture).

Pour le reste, l'assuré a déclaré que pour assumer un 100 % d'activité professionnelle, il devait dépenser un 120 ou 130 % de temps. Jusqu'en 2008, il payait par ailleurs lui-même de sa poche 35 fr. par jour pour pouvoir être couché le soir à une heure "décente", vu que le Centre médico-social n'acceptait de prendre en charge cette tâche que si elle était effectuée jusqu'à 20h00, ce qui ne paraissait pas acceptable pour une personne avec une activité professionnelle à 100 %. Selon l'assuré, la part de l'allocation d'impotence visant le même but que les prestations de soins à domicile de l'assurance-maladie obligatoire seraient donc de zéro, raison pour laquelle il n'y aurait pas de surindemnisation et une réduction des prestations ne serait pas admissible.

Par courrier du 26 août 2010, l'intimée a demandé des preuves au sujet des frais que l'assuré avait fait valoir. Elle a déclaré qu'elle évaluerait le cas en fonction desdites preuves.

Après plusieurs prolongations de délai accordées par l'intimée, le mandataire de l'assuré s'est adressé à l'intimée le 4 février 2011 comme suit :

"Depuis votre dernier courrier mon mandant a fait une analyse des coûts engendrés par sa gêne dans le cadre de ses activités professionnelles. Il y a procédé avec sa secrétaire qui est aussi celle du Dr D. \_\_\_\_\_, son collègue.

Au cours de l'année 2010, cette secrétaire a travaillé et facturé 239 heures (pour un montant total de frs. 7858.--) à mon mandant qui exerce une activité de [...] à hauteur de 25 %. Cette même secrétaire a par contre facturé 147 heures au Dr. D. \_\_\_\_\_ qui lui exerce à 80 %. On constate donc, sur la base de ces chiffres, que cette secrétaire a facturé 1.83 heures pour chaque pourcentage de temps de travail du Dr. D. \_\_\_\_\_, alors que ce ratio est de 9.56 pour le Dr. E. \_\_\_\_\_. Il en ressort clairement que le Dr. E. \_\_\_\_\_ a cinq fois plus de frais de secrétariat que son collègue, cette différence s'expliquant par la gêne de mon mandant dans l'exercice de ses activités professionnelles en tant qu'indépendant.

En plus de ces coûts-là, mon mandant a calculé qu'il doit assumer des coûts totaux de frs. 55'000.-- par année pour l'exercice de ses activités privées qui

sont, je vous rassure, des plus banales: faire ses achats, acheter les habits quand il en a besoin, prendre quelques jours de vacances avec ses proches, sortir au théâtre ou au cinéma, etc. Je ne compte pas, dans le chiffre total mentionné ci-dessus, les surcoûts liés au véhicule que mon mandant a acheté, ni ceux de l'appartement qu'il occupe, mais il me semble que le bon sens permet de comprendre que le Dr. E. \_\_\_\_\_ doit, pour ces postes-là aussi, assumer des frais supplémentaires pour satisfaire des besoins que l'on peut qualifier d'élémentaires.

Vous trouverez ci-joint des factures de Z. \_\_\_\_\_ qui attestent de frais de transport de mon mandant pour l'année 2010.

Manquent encore cependant les factures de janvier 2010. Vous allez sans doute regretter l'absence d'autres moyens justificatifs. Le Dr. E. \_\_\_\_\_ aurait aimé pouvoir vous les remettre, mais il n'est malheureusement pas à même de le faire et ceci parce que le réseau de soutien qu'il a mis sur pied pour l'exercice de ces tâches quotidiennes ne remplit pas les critères que vous semblez prendre en compte. Ainsi il fait appel à des étudiants, payés en espèces en mains propres, ou à des dames employées le jour dans des institutions publics ou parapublics et qui viennent effectuer des heures pour des tâches diverses, principalement ménagères. Mon mandant souhaite garder confidentielles certaines références. J'avoue ne pas comprendre pourquoi vous refuseriez de prendre en compte les montants en tant que tels au vu des explications maintes fois fournies."

**D.** Par courrier du 15 juin 2011, l'intimée a soumis à l'assuré des déterminations dans le cadre de la procédure d'opposition: elle l'informait ainsi qu'elle avait notamment l'intention de revoir le calcul de surindemnisation en sa défaveur (*reformatio in peius*) compte tenu que l'allocation pour impotent en 2010 avait été, selon une communication de l'OAI du 19 janvier 2011, de 1'824 fr. et non pas de 1'768 fr comme retenu dans la décision initiale du 30 novembre 2009. Elle a imparti à l'assuré un délai pour lui donner l'occasion de retirer son opposition, à défaut de quoi la décision du 30 novembre 2009 serait modifiée en sa défaveur.

Dans le délai prolongé, l'assuré a déclaré le 29 juillet 2011 maintenir son opposition. Il a ajouté que le gain dont il était privé s'avérait très substantiel puisqu'il n'avait actuellement plus qu'une capacité de travail réduite à 50 %, avec une diminution de rendement suffisante pour causer une perte de gain réduite qui justifierait l'octroi d'une rente AI de trois quarts depuis janvier 2009, ceci après qu'il avait pu travailler à 100 % durant 24 ans avec des capacités de gain et de travail complètes. Par ailleurs, pour exercer sa profession, il devait assumer des frais supplémentaires très importants, et en ce sens nettement plus importants que ceux de l'assurée dans le cas traité à l'ATF 127 V 94.

**E.** Par acte du 22 février 2012, correspondant en grande partie aux déterminations du 15 juin 2011, l'intimée a rejeté l'opposition de l'assuré dans la mesure où elle était mal fondée, réformant la décision du 30 novembre 2009 en ce sens qu'une réduction de 802 fr. 55, correspondant à la surindemnisation, est appliquée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 pour chaque facture de soins à domicile présentée par E.\_\_\_\_\_. Elle a exposé qu'elle prenait en charge au titre de soins de base résultant des factures de soins à domicile du Centre médico-social Y.\_\_\_\_\_ des coûts moyens de 4658 fr. 80 par mois, respectivement les montants suivants :

Février 2010	4377. 40 francs
mars 2010	5013. 65 francs
avril 2010	4771. 90 francs
mai 2010	4212. 00 francs
juin 2010	4835. 50 francs
juillet 2010	4402. 85 francs
août 2010	4733. 70 francs
septembre 2010	4606. 45 francs
octobre 2010	4975. 70 francs.

Dans un premier temps, l'intimée a rappelé qu'elle avait retenu dans sa décision du 30 novembre 2009 une allocation pour impotent de 1768 fr. par mois, comme l'avait indiqué l'assuré. Compte tenu d'une confirmation de l'OAI du 19 janvier 2011, elle allait dorénavant retenir le montant de 1824 fr., vu qu'il s'agissait du montant que l'assuré avait effectivement perçu en 2009 et 2010.

Pour le reste, l'intimée a exposé que l'allocation pour impotent était destinée à couvrir également d'autres frais que ceux qui sont pris en charge par l'assurance-maladie au titre des soins de base. Cette allocation 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 et dans des voyages.

Dans le cas particulier, l'assuré lui aurait transmis des factures pour des frais de transport de Z.\_\_\_\_\_ entre février et novembre 2010.

Ces frais étant en relation directe avec l'impotence, il y aurait lieu de les inclure dans le calcul de surindemnisation comme suit (en fonction des montants effectivement retenus dans les factures, consid. 2.8.2 de la décision sur opposition) :

Février	854. 50 francs
mars	865. 10 francs
avril	389. 90 francs
mai	493. 60 francs
juin	729. 60 francs
juillet	295. 40 francs
août	48. 00 francs
septembre	743. 00 francs
octobre	396. 50 francs
novembre	801. 30 francs.

Il en allait de même pour les moyens auxiliaires en lien avec l'impotence et non couverts par l'assurance-maladie. Dans cette mesure, l'intimée a tenu compte des frais prouvés pour des gants, pour un total de 150 fr. (consid. 2.8.3 de la décision sur opposition).

L'intimée a déclaré vouloir aussi tenir compte des participations aux coûts de l'assuré selon l'art. 64 LAMal (franchise et quote-part), dans la mesure où elles concernaient une prestation en lien direct avec l'impotence. A ce sujet, elle a retenu les frais suivants entre février et novembre 2010 (consid. 2.8.4 de la décision sur opposition):

- Soins à domicile selon décompte du 17.4.2010	437. 75 francs
- moyen auxiliaire selon décompte du 11.5.2010	5. 00 francs
- soins de base Spitex selon décompte du 18.6.2010	128. 20 francs
- moyens auxiliaires selon décompte du 23.7.2010	5. 15 francs
- moyen auxiliaire selon décompte du 17.9.2010	109. 65 francs.

En ce qui concerne les frais pour l'aide de tiers pour les repas et le ménage, l'assuré n'aurait pas produit de justificatifs. A défaut de preuves, il n'y aurait pas lieu de retenir des frais à ce sujet. Il en irait de même pour les frais de secrétariat, pour lesquels le lien avec les actes de la vie ordinaire ne serait, par ailleurs, pas non plus établi.

En se fondant sur l'ATF 127 V 94, l'intimée a finalement considéré qu'il convenait d'exclure une surindemnisation pour au moins 56% de l'allocation pour impotence, sans égard au fait que l'assuré n'ait pas du tout prouvé de frais effectifs ou qu'il n'ait prouvé les frais que pour une partie inférieure à ces 56%. Par contre, si les frais supplémentaires prouvés devaient être supérieur au 56% de l'allocation pour impotence, ce dernier forfait ne serait pas appliqué et seuls les frais effectifs prouvés seraient pris en considération.

L'intimée a par la suite constaté que le montant des frais prouvés ne dépassait pendant aucun mois de l'année 2010 les 56% de l'allocation pour impotence, soit 1'021 fr. 45 (= 56% de 1'824 fr.). Dans cette mesure, elle a reconnu 1'021 fr. 45 au titre de frais mensuels non couverts par l'assurance-maladie. Pour la différence entre 1824 fr. et 1'021 fr. 45, donc pour 802 fr. 55, elle a retenu une surindemnisation qui lui permettait de réduire ses prestations mensuelles de ce dernier montant, et non pas seulement de 777 fr. 90 comme elle l'avait fait dans sa décision du 30 novembre 2009.

**F.** Par acte du 26 mars 2012, l'assuré a recouru, par son mandataire, contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales. Il a conclu à son annulation et à la constatation que les prestations servies par l'intimée ne conduisaient pas à une surindemnisation en sa faveur. Il a requis "que soit tenue une audience et qu'il puisse à cette occasion faire entendre des témoins qui pourront notamment attester des frais supplémentaires qu'il a à subir du fait de sa situation". Par ailleurs, il s'est réservé, au regard de la réponse de l'intimée, le droit de requérir une expertise relative à la question des frais supplémentaires subis par un tétraplégique ayant une activité privée et professionnelle.

L'assuré fait notamment valoir que l'intimée "s'est fourvoyée" dans les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent et a, de ce fait, mal jugé la question de la surindemnisation. Par ailleurs, en omettant de prendre en compte les singularités du cas d'espèce tant en ce qui

concerne les preuves à apporter que l'évaluation des frais non prouvés, l'intimée aurait abouti à un résultat insoutenable. En l'espèce, l'intimée aurait appliqué une notion de "soins de base" erronée. Il faudrait considérer qu'une bonne partie des soins dont il bénéficie, serait plutôt des soins de traitement que des soins de base. Le détail des prestations, qui n'apparaîtrait pas nécessairement clairement sur les factures adressées à l'intimée, serait produit prochainement. L'intimée n'aurait pas voulu procéder à la distinction entre des frais liés aux soins et les frais liés aux traitements. Pour cette raison déjà, les prestations de l'intimée ne pourraient être considérées comme "essentiellement de même nature" que les prestations servies au titre de l'impotence. De plus, le recourant estime avoir déjà apporté suffisamment d'éléments, démontrant à suffisance de droit, qu'il a des frais supplémentaires à assumer au regard de ce qui a été accepté par l'intimée. Au vu de sa situation et en particulier dans le domaine des assurances sociales, le degré de preuve ne devrait pas atteindre la certitude. Les frais supplémentaires seraient une évidence. Pour le reste, le Tribunal fédéral n'aurait jamais eu à se prononcer sur la question de savoir si l'ATF 127 V 94 est encore applicable depuis l'entrée en vigueur de la LPGA. La Haute cour ne se serait pas non plus prononcée clairement sur le point de savoir comment il faut procéder lorsque les frais supplémentaires assumés en raison de l'impotence n'ont, comme en l'espèce, été que partiellement prouvés.

**G.** Invitée à répondre, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 22 février 2012.

Dans le délai plusieurs fois prolongé, l'assuré a requis, par réplique du 10 août 2012, l'assignation et l'audition en qualité de témoins de H.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 3 septembre 2012, l'intimée s'est prononcée au sujet de la réquisition de preuves de l'assuré. Elle a souligné que la question à trancher n'était pas celle de savoir de quels soins ou accompagnement aurait besoin l'assuré, mais seulement d'en chiffrer le montant et de produire les preuves de paiements que l'assuré aurait

effectués. Dans cette mesure, elle a conclu au rejet des réquisitions de preuves du 10 août 2012.

Par courrier du 15 octobre 2012, l'assuré a déclaré ne pas avoir de pièces, ni de preuves écrites à produire pour chiffrer le montant des soins et des aides dont il avait eu besoin dans le passé. Pour cette raison, il réitérait ses réquisitions de preuve du 10 août 2012, seule l'audition des témoins "pouvant apporter les éléments de preuve relatifs aux coûts précités".

Par acte du 5 novembre 2012, l'intimée a déposé de nouvelles observations au sujet des réquisitions de preuve tout en maintenant ses conclusions à ce sujet.

Par mémoire du 4 décembre 2012, l'assuré a également conclu au maintien des réquisitions qu'il avait présentées.

Les arguments des parties seront repris par la suite dans la mesure utile.

### **E n d r o i t :**

**1.** La décision attaquée est sujette à recours et l'assuré, en tant que personne concernée, a qualité pour recourir (art. 56 et 59 LPGA). Le recours a été déposé en temps utile et dans les formes prévues par la loi auprès du tribunal compétent, raison pour laquelle il y a lieu d'entrer en matière (cf. art. 58, 60 et 61 let. b LPGA).

La Cour des assurances sociales en tant que tribunal cantonal des assurances statue dans la composition de trois juges (art. 57 LPGA, art. 93 let. a et 94 al. 1 et 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], art. 83c LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]).

**2.** En l'espèce, l'intimée a réduit les indemnités journalières qu'elle versait au recourant en invoquant une surindemnisation dont bénéficierait ce dernier dès lors qu'il touchait aussi des allocations pour impotence grave de l'AI.

Dans un premier temps, seront exposées les dispositions selon lesquelles les prestations en question ont été, respectivement peuvent être, allouées (consid. 3). Ensuite, il sera examiné si et dans quelle mesure il y a des règles de coordination applicables auxdites prestations et quelles conséquences il faut en tirer (consid. 4 et 5).

### **3.**

**3.1** Aux termes de l'art. 42 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 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 phrase 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). Le montant de l'allocation pour impotent versé aux

assurés qui séjournent dans un home correspond au quart des montants prévus à l'al. 1 (art. 42ter al. 2 LAI).

Aux termes de l'art. 37 RAI, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie, ou a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente, ou a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (al. 2; pour l'impotence faible, cf. art. 37 al. 3 RAI).

Selon la jurisprudence de la Haute Cour (Tribunal fédéral [TF], resp. l'ancien Tribunal fédéral des assurances [TFA] ; ATF 125 V 303 c. 4a ; 127 V 94 c. 3c), sont déterminants les six actes ordinaires de la vie suivants :

- 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.

Aux termes de l'article 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).

Pour rappel, l'OAI a reconnu au recourant une impotence grave au sens de l'art. 37 al. 1 RAI et lui a donc octroyé sur cette base une allocation pour impotent.

## **3.2**

**3.2.1** L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAMal, ces prestations comprennent notamment:

"a. les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par :

1. des médecins,
2. des chiropraticiens ;
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticiens ;

b. 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 ;

c. une participation aux frais de cure balnéaire prescrite par un médecin ;

d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;

e. le séjour à l'hôpital correspondant aux standards de la division commune ;

f. à h. [...]"

Selon l'art. 25a LAMal, l'assurance obligatoire des soins fournit aussi une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avérés, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux (al. 1). Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines ou plus conformément à la réglementation du financement

hospitalier [...] (al. 2). Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis. (al. 3).

Par ailleurs, en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal).

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué cette compétence, désigne, après avoir consulté la commission compétente, notamment les prestations visées à l'art. 25 al. 2 et 25a al. 1 et 2 LAMal qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens (art. 33 let. b OAMal [Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102] en relation avec l'art. 33 al. 5 LAMal). Sur cette base, le DFI a édicté l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31) qui règle aux art. 7 ss les soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social. L'art. 7 OPAS, intitulé "Définition des soins", est formulé comme suit aux al. 1 et 2:

"1 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:

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal).

2 Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:

a. l'évaluation, les conseils et la coordination:

1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,

2. 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,

3. coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;

b. les examens et les traitements:

1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),

2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
3. prélèvement pour examen de laboratoire,
4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
7. préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,
8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéostomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
13. soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
14. soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;

c. les soins de base:

1. 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,
2. mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité."

L'art. 7 al. 2 OPAS contient un catalogue exhaustif des soins ambulatoires. Les examens et traitement au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS font parties des prestations qui se caractérisent par une assistance médicale. Les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS sont, par contre, des prestations qui ne relèvent pas de la médecine, mais des actes de la vie courante que ne pourrait accomplir l'assuré sans assistance (cf. ATF 131 V 178 consid. 2.2).

**3.2.2** En l'espèce, l'intimée a pris en charge au titre de "soins de base" au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS les factures de soins à domicile

du Centre médico-social Y.\_\_\_\_\_ pour des coûts mensuels moyens, en 2010, de 4'658 fr. 80, avec un tarif horaire de normalement 50 fr. 90, cela pour 90 à 100 heures facturées par mois.

#### **4.**

**4.1** Selon l'art. 64 al. 1 et 2 LPGA, le "traitement" (all.: Heilbehandlung; ital.: cura medica) est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (principe de la priorité absolue). Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de :

- l'assurance militaire,
- l'assurance-accidents,
- l'assurance-invalidité,
- l'assurance-maladie.

En l'occurrence, ne sont pas litigieux des frais de traitement au sens de l'art. 64 LPGA, lorsqu'il est question de frais pour les soins de base et d'allocation pour impotent; ces deux prestations ne sont par ailleurs pas non plus de même nature (all.: "gleichartig" et "gleicher Art"; cf. TF 9C\_886/2010 du 10 juin 2011 c. 4.4.4; voir aussi ATF 134 V 1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, n. 3, 6 et 13 ad art. 64 LPGA). Pour cette raison, le principe de la priorité absolue n'est pas applicable. Il faut se référer à d'autres règles de coordination.

Selon l'art. 66 al. 1 et 3 LPGA, les rentes et indemnités en capital des différentes assurances sociales sont cumulées, sous réserve de surindemnisation. Les allocations pour impotents sont, selon les dispositions de la loi spéciale concernée et dans l'ordre suivant, versées exclusivement par :

- l'assurance militaire ou l'assurance-accidents,
- l'AVS ou l'AI.

Sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et rentes de différentes assurances sociales sont cumulées (art. 68 LPGa).

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 accordés 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).

**4.2** Il y a en outre lieu d'examiner, s'il y a des dispositions spéciales ou supplémentaires pour les domaines concernés (AI et assurance-maladie).

La LAI ainsi que le RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) ne contiennent que des dispositions au sujet du cumul de prestations en rapport avec l'AVS, l'assurance-accidents et l'assurance militaire (cf. art. 43 et 44 LAI, art. 39k RAI).

Selon l'art. 78 LAMal, le Conseil fédéral peut régler la coordination des indemnités journalières; il 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, le Conseil fédéral a édicté les art. 110 et 122 OAMal.

L'art. 110 OAMal précise 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.

Comme déjà exposé au sujet de l'art. 64 LPGA, le Tribunal fédéral a retenu que les prestations pour soins de base de l'assurance-maladie et l'allocation pour impotent ne sont pas de même nature, même si, en partie, elles peuvent concerner les mêmes frais (TF 9C\_886/2010 du 10 juin 2011 cité c. 4.4.4).

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 :

- a. les frais de diagnostic et de traitement supportés par l'assuré ;
- b. les frais de soins supportés par l'assuré et d'autres frais non couverts dus à la maladie.

## **4.3**

**4.3.1** Dans un arrêt de principe du 15 septembre 1999 (ATF 125 V 297), donc avant 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 peut 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 OPAS 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).

**4.3.2** Par la suite, dans un autre arrêt de principe du 19 mars 2001 (ATF 127 V 94), rendu donc également avant l'entrée en vigueur de la LPGA, le TFA a statué au sujet de la surindemnisation chez 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 alors 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. Par rapport à une allocation pour impotent à l'époque de 804 fr. par mois, les juges cantonaux avaient admis une somme mensuelle de 710 fr., soit un forfait de 5 fr. par jour (150 fr. par mois), des frais mensuels non prouvés relatifs au nettoyage chimique des vêtements de 100 fr. et aux produits hygiéniques et de soins de 70 fr. ainsi qu'un montant de 390 fr. au titre de l'aide ménagère pour 18 heures de travail.

Le TFA a, dans un premier temps, exposé 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 différentes: alors que la première était une prestation en espèces calculée indépendamment du coût effectif des services fournis par des tiers mais en fonction du degré d'impotence,

les secondes étaient des prestations en nature sous la forme d'un remboursement tarifaire des frais effectifs occasionnés par les soins administrés, selon le système du tiers payant. Aussi, l'allocation pour impotent de l'AVS/AI et l'ensemble des prestations de soins prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS ne pouvaient-elles 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. Par ailleurs, cette dernière prestation était aussi destinée à indemniser des services de tiers qui n'étaient pas compris dans les prestations de soins, comme l'aide nécessaire pour entretenir des contacts sociaux avec l'entourage. 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 en considération une réduction en raison d'une surindemnisation (ATF 127 V 94 c. 3d).

Le TFA a estimé dans ce cas qu'il s'agissait de procéder exclusivement à une évaluation de frais non prouvés dus à l'impotence grave et non couverts par l'assurance-maladie au titre de la prise en charge des soins de base prévus à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. La déduction opérée par les juges cantonaux serait constituée pour plus de la moitié de frais d'aide ménagère, lesquels pourraient être facilement prouvés par celui qui les allègue, à moins que cette aide soit assumée à titre bénévole par un proche de la personne impotente. Dans ce cas, il ne serait pas concevable, au titre des "autres frais non couverts dus à la maladie" au sens de l'art. 122 OAMal, de déduire de l'allocation pour impotent des frais que le bénéficiaire n'a pas eu à supporter (ATF 127 V 94 c. 5b et c).

Le TFA a alors rappelé que l'allocation pour impotent était destinée à couvrir également d'autres frais que ceux qui étaient pris en charge par l'assurance-maladie au titre des soins de base prévus à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. 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. En outre, elle était destinée à rémunérer les services des tiers assumant une surveillance personnelle. C'est pourquoi il y aurait lieu de fixer à 15 fr. par jour - soit 450 fr. par mois - le montant des frais non prouvés, supportés par une personne gravement impotente et non couverts par ailleurs, qui ne devaient pas être pris en compte dans le calcul de la surindemnisation. Dans la mesure où ils représentaient 56 % de l'allocation pour impotence grave allouée, ce montant correspondrait aux frais usuels découlant d'un mode de vie courant (ATF 127 V 94 c. 5 e).

## **5.**

**5.1** L'intimée s'est basée sur l'ATF 127 V 94 pour ne reconnaître comme frais dus à la maladie et pas couverts par l'assurance-maladie qu'un montant correspondant à 56% de l'allocation pour impotence grave, soit 1'021 fr. 45 pour 2010 (56% de l'allocation pour impotent de 1'824 fr.). Pour la différence de 802 fr. 55 (= 1824 fr. - 1'021 fr. 45), elle a admis une surindemnisation et a donc réduit ses prestations rendue sur la base de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS de ce montant.

Le recourant soutient que cet arrêt de principe du TFA ne s'appliquerait plus depuis l'entrée en vigueur de la LPGA.

Cependant, le TF a retenu et exposé dans un arrêt du 10 juin 2011 déjà cité ci-dessus (TF 9C\_886/2010 c. 4.4 et 4.5) que ni la LPGA, ni la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI ne remettaient en cause la jurisprudence rendue au sujet de la surindemnisation dans l'ATF 127 V 94, qu'il fallait, au contraire, la maintenir dans l'intérêt d'une continuité juridique (all.: Rechtskontinuität). Certes, le TF se prononçait dans cet arrêt sur le cumul et la surindemnisation de prestations selon les art. 7 al. 2 let. a et b OPAS, d'une part, selon les art. 13 et 14 LAI, d'autre part. Il se référait toutefois justement à la jurisprudence et à la pratique au sujet du cumul et de la surindemnisation des prestations selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS et l'allocation pour impotent selon les art. 42 ss LAI.

De plus, dans un arrêt encore plus récent, d'avril 2013, le TF n'a pas remis en cause l'application de l'ATF 127 V 94 dans la situation de droit actuelle au sujet des soins de base selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS et de l'allocation pour impotence grave de l'AVS/AI (TF 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 c. 3.3).

La Cour de céans se basera donc sur la jurisprudence retenue à l'ATF 127 V 94.

**5.2** Le recourant reproche à l'intimée d'avoir procédé à une réduction au motif de surindemnisation bien que ses prestations et l'allocation pour impotent ne soient pas des prestations "essentiellement de même nature". Une bonne partie des soins, dont il bénéficie et que l'intimée prendrait en charge, serait plutôt des soins de traitement que des soins de base. En substance, le recourant fait donc valoir qu'il ne s'agirait pas de prestations "de nature et de but identiques" au sens de l'art. 69 al. 1 phrase 2 LPGa ou de l'ancienne version de l'art. 122 OAMal (version valable jusqu'au 31 décembre 2002 [RO 1995 3867], donc applicable à l'époque de l'ATF 127 V 94: "prestations de même nature et visant un même but") et que, dès lors, l'allocation pour impotent de l'AI ne devrait pas être prise en compte dans le calcul d'une éventuelle surindemnisation.

Contrairement à son annonce (cf. le mémoire de recours), l'assuré n'a toutefois jamais produit le détail des prestations qu'Y. \_\_\_\_\_ a fournies. Cette dernière institution a, par ailleurs, facturé ses prestations en règle générale au tarif horaire de 50 fr. 90 en 2010, donc pour des soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Si elle avait fourni des prestations de traitement comme définies à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS et non pas essentiellement des soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, elle aurait certainement facturé ses prestations selon un tarif horaire plus élevé pour les prestations de traitement (cf. art. 7a OPAS, respectivement, encore pour l'année 2010, l'ancien art. 9a OPAS, RO 2007 6839).

Le grief qu'il ne s'agirait pas de prestations de nature et but identiques, respectivement pas de prestations essentiellement de même nature, s'avère donc infondé. Le TF a admis que l'allocation pour impotent et les prestations pour soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS étaient essentiellement de même nature et devaient donc être prises en compte dans le calcul d'une surindemnisation (ATF 127 V 94 c. 3d ; TF 8C\_332/2012 cité ; cf. aussi ci-dessus consid. 5.1 i. f.).

Le fait que le Conseil fédéral a retenu dans son message du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (in FF 2005 1928 ch. 1.1.3.4), que "les prestations de soins de base payées par l'assurance-maladie obligatoire peuvent être cumulées avec les prestations (de type assistance) couvertes par l'allocation pour impotent" ne modifie en rien cette appréciation. Car le Conseil fédéral faisait alors allusion, en renvoyant à l'art. 74 al. 2 let. a et d LPGA, à la distinction entre les frais de traitement et de réadaptation, d'une part, les frais de soins dus à l'impotence, d'autre part, qui étaient donc de natures différentes. Selon l'art. 74 al. 2 let. d LPGA, les "prestations pour impotence et le remboursement des frais liés aux soins et autres frais dus à l'impotence" sont toutefois justement considérés comme prestations de même nature.

**5.3** Le recourant fait aussi valoir que sa situation serait particulière, notamment dès lors qu'il travaillerait, aurait des enfants mineurs et vivrait séparé de la mère des enfants.

Dans un premier temps, l'assuré a exposé avoir une activité salariale à 100% (cf. courrier du 23 juillet 2010). Dans une écriture du 29 juillet 2011, il a finalement déclaré qu'il ne travaillait - probablement depuis 2008 ou début 2009 - plus qu'avec une capacité de travail de 50% et une capacité de gain encore plus réduite (en prétendant avoir depuis janvier 2009 un droit à une rente AI de trois quarts, son taux d'invalidité serait de 60% au moins; cf. art. 28 al. 2 LAI).

Certes, une activité salariale peut éventuellement occasionner des frais supplémentaires. Dans la mesure où il s'agit de frais directement liés à son travail, ceux-ci devraient cependant a priori être pris en compte dans le cadre d'une réduction de sa capacité de gain et son éventuel droit à une rente AI. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'actes ordinaires de la vie au sens du considérant 3.1 ci-dessus, pour lesquels l'allocation pour impotent est allouée. Ainsi, les frais supplémentaires de secrétariat ne peuvent être retenus dans le présent calcul de surindemnisation.

En ce qui concerne des frais supplémentaires de 35 fr. par jour d'aide pour se coucher après 20 heures vu son activité professionnelle, le recourant n'a jamais présenté de justificatifs. Pourtant, ces frais, s'ils avaient réellement existés, auraient facilement pu être prouvés comme ceux d'une aide ménagère. Si l'aide est assumée à titre bénévole par une personne proche du recourant, il n'y a pas de frais à retenir. Faute de preuves pour de tels frais, il n'y a donc pas lieu de les prendre en compte (cf. ATF 127 V 94 c. 5c).

Cela vaut aussi pour les autres frais d'aide ménagère, d'accompagnement et de transports qui dépassent les frais prouvés par les factures de Z.\_\_\_\_\_. Le recourant ne les a pas prouvés par des documents bien que cela aurait été sans autre possible et facile. Cela vaut d'autant plus que la procédure a été entamée fin 2009, que la décision de l'intimée à l'origine du litige date du 30 novembre 2009, qu'elle concerne la période dès l'année 2010, qu'il y était mentionné que des frais prouvés pourraient être pris en considération dans un nouveau calcul, que l'intimée renvoyait explicitement à l'ATF 127 V 94 précité, que le recourant était certes handicapé, mais avait intellectuellement toutes ses capacités, puisqu'il travaillait comme psychiatre, et qu'enfin, il était représenté au moins dès début janvier 2010 par un avocat. Le recourant aurait donc eu amplement l'occasion de se procurer des preuves des frais qu'il aurait eus par la suite, dès lors que la décision sur opposition attaquée n'a été rendue que le 22 février 2012. Vu son devoir de collaboration (art. 28 LPG), on pouvait même attendre du recourant qu'il se procure et produise les pièces nécessaires pour faire valoir ses droits.

Cela vaut à plus forte raison qu'il prétend des coûts totaux élevés, soit environ 55'000 fr. par année. Ce ne sont donc pas des brouilles ou des pourboires qu'il payerait aux personnes qui lui rendraient des services. Si le recourant souhaite garder "confidentielles certaines références" (cf. courrier du 4 février 2011), se pose même la question de savoir s'il n'y aurait pas eu du travail au noir, ce que les autorités ne sauraient accepter en permettant d'en tenir compte dans le calcul de la surindemnisation.

Dans cette mesure et vu la jurisprudence claire du TF, la Cour de céans ne peut retenir des coûts supplémentaires de 55'000 fr. par année. Il peut prendre uniquement en considération les coûts prouvés par des factures ou autres documents idoines; cela vaut aussi dans la situation d'un assuré qui travaille, a des enfants et vit séparé de la mère de ceux-ci, car il n'y a pas de raison de renoncer dans de tels cas à des documents prouvant les frais. Le recourant a déclaré ne pas avoir de pièces à produire pour prouver les frais qu'il aurait eus pour les aides dont il aurait bénéficié.

**5.4** Le recourant a sollicité la tenue d'une audience afin d'entendre trois témoins qui pourraient "apporter les éléments de preuves relatifs aux coûts" (mémoire du 15 octobre 2012). Dans un premier temps, le recourant avait encore justifié l'audition des témoins en expliquant qu'ils pourraient confirmer précisément les types d'aides et de soins dont il avait besoin; la témoin A. \_\_\_\_\_ s'occuperait par ailleurs régulièrement du recourant et l'accompagnerait souvent lors des vacances (réplique du 10 août 2012).

La Cour renonce à l'audition des témoins par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 131 I 153 c. 3; 125 I 127 c. 6c/cc). Si le recourant n'a pas été en mesure de prouver en détail par des pièces tous les frais allégués – il n'a même pas présenté de comptabilité, ni d'autre documents hormis pour les frais reconnus par l'intimée – la Cour est persuadée que les témoins ne pourront pas non plus établir ces frais au moins au degré de vraisemblance prépondérante et ainsi à satisfaction de droit. Le recourant n'a d'ailleurs pas prétendu que l'un de ces témoins

gèrait ses finances ou serait quasiment l'unique bénéficiaire des paiements allégués, mais non documentés. Au contraire, il a expliqué qu'une "multitude" de personnes s'occupait de lui tout au cours de la journée (cf. mémoire du 10 août 2012) et qu'il les payait en espèces, en mains propres (courrier du 4 février 2011). Les témoins ne pourront donc pas exposer et ainsi prouver, au degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant a effectivement eu des coûts, d'une part, non couverts par l'intimée et, d'autre part, touchant des actes ordinaires de la vie et non pas le domaine de l'activité professionnelle du recourant, qui dépasseraient les 56% de l'allocation pour impotence grave. De surcroît, comme déjà évoqué, la Cour ne saurait admettre dans le calcul en faveur de l'assuré des paiements pour des emplois non déclarés aux assurances sociales et autres autorités compétentes.

Pour le surplus, vu que les frais pourraient facilement être prouvés par l'assuré grâce à des documents et que ce dernier aurait suffisamment eu l'occasion de s'en procurer (cf. ci-dessus avant-dernier paragraphe du consid. 5.3), on peut se demander si un assuré peut se contenter de proposer l'audition de témoins - avec tous les risques d'imprécision et de temps supplémentaire à investir que cela implique - à la place de produire des documents. Selon l'art. 14 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, une audition de témoins peut être ordonnée, si les faits "ne peuvent pas être suffisamment élucidés d'une autre façon". L'audition de témoins est ainsi subsidiaire au devoir de collaboration des parties et notamment celui de l'assuré découlant de l'art. 28 al. 1 LPGA; elle ne devrait être ordonnée qu'exceptionnellement (cf. Message du Conseil fédéral du 24 septembre 1965 à l'appui d'un projet de loi sur la procédure administrative, in: FF 1965 II 1402 ad art. 11 à 17; ATF 130 II 169 c. 2.3.3; Weissenberger/Waldmann, in: Waldmann/Weissenberger, VwVG, 2009, n. 17 ad art. 14 PA; Christoph Auer, in: Auer/Müller/Schindler, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, n. 1 et 3 ad art. 14 PA, avec renvois).

Dans son mémoire, le recourant a finalement annoncé qu'il se réservait le droit de requérir une expertise relative à la question des frais supplémentaires subis par un tétraplégique ayant une activité privée et professionnelle. La Cour renonce également à la mise en œuvre d'une telle expertise, vu que la question est de savoir si le recourant a effectivement eu des frais supplémentaires et dans quelle mesure. Une expertise ne saurait y répondre, puisqu'il en n'en ressortirait pas, si l'aide apportée l'a été à titre bénévole et ne serait donc pas à retenir dans le calcul de la surindemnisation (cf. ATF 127 V 94 c. 5c). Elle ne pourrait pas non plus se prononcer sur ce qu'a effectivement déboursé le recourant pour l'aide, vu que le tarif appliqué peut diverger, tout comme les besoins effectifs qui dépendent notamment des activités de la personne assurée ; le recourant n'a pas donné de précisions à ce sujet.

**5.5** Le recourant a livré des preuves pour certains des frais que l'intimée a mentionnés aux considérants 2.8.2 à 2.8.4 de sa décision sur opposition (notamment les frais de transport selon les factures de Z.\_\_\_\_\_). L'intimée a, à juste titre et de manière non contestée par le recourant, estimé que ces frais étaient chaque mois en-dessous du montant qui représente 56% de l'allocation pour impotence grave. Pour cette raison, l'intimée s'est contentée de ne retenir que ce "forfait" de 56%. Le recourant déclare que le TF ne se serait jamais prononcé clairement sur le point de savoir comment il faut procéder lorsque les frais supplémentaires assumés en raison de l'impotence n'ont que partiellement été prouvés. Se pose ainsi la question de savoir s'il faut ajouter au forfait de 56% les frais prouvés.

Il convient de répondre par la négative à cette question. Le forfait de 56% admis par le TF comporte déjà toutes sortes de frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie au titre de soins de base prévus à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS pour une personne avec une impotence grave. Si l'assuré arrive à en prouver une partie, cela ne veut pas dire qu'il en a eu pour un montant dépassant les 56% de l'allocation pour impotent. S'il veut faire valoir un montant dépassant ces 56%, il doit donc prouver tous les coûts qui justifient cela. On peut à cet égard tirer un parallèle

avec les forfaits en droit fiscal: soit un contribuable fait valoir le forfait prévu par la loi pour réduire son revenu, soit il prouve, si la loi le permet, tous les coûts s'il veut déduire un montant plus élevé. Il ne peut en tout cas pas faire valoir le forfait et en plus des coûts prouvés (cf. TF 2A.679/2005 du 3 novembre 2006 c. 5.4; 2C\_681/2008 du 12 décembre 2008 c. 3.5).

**6.** Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être confirmée et, partant, le recours rejeté.

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de fixer des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 22 février 2012 d'U. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Michel Chavanne, avocat (pour E. \_\_\_\_\_),
- U. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :