

GE_GERICHTE ATAS/919/2023 vom 27. November 2023

GE Cour de justice, 2023-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_919_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/919/2023 du 27 novembre 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/919/2023 del 27 novembre 2023

Erwägungen

E. 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.

E. 2

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

E. 3

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

E. 4

Le litige porte, d'une part, sur la prise en charge des soins prescrits du 3 juin au 3 décembre 2021 et, d'autre part, sur la réduction du montant remboursé à ce titre en raison d'une surindemnisation. Les conclusions de l'intimé tendant à la constatation de l'imputation des soins sur les contributions d'assistance sont en revanche exorbitantes au présent litige, et sont partant irrecevables.

E. 5

Selon l'art. 24 al.1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal.

E. 5.1

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

A/3872/2022 - 8/17 - traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. À teneur de l'art. 25a al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux. La rémunération des moyens et

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

E. 5.2

Le Conseil fédéral, à l'art. 33 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de désigner, après avoir consulté la commission compétente, notamment les prestations visées à l'art. 25 al. 2 et 25a al. 1 et 2 de la loi qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens. L'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS – RS 832.112.31) a été édictée en application de cette délégation de compétence. Elle prévoit à son art. 7 que les prestations au sens de l'art. 33 let. b OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2 let. a, et selon l'art.

E. 5.3

L'énumération des soins à l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS n'est pas exhaustive (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3). Ces mesures ne sont pas de nature médicale, même si leur énumération comporte certaines prestations de cet ordre, notamment prévenir les escarres ou prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement. Ne font pas partie des soins de base des actes touchant principalement à l'accompagnement, à l'aspect pédagogique, au développement des capacités personnelles et aux relations sociales. Portant sur une assistance à la personne (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.

E. 5.3.1

à 5.3.3 et les références). 6. Aux termes de l'art. 42 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. 6.1 L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1er). Aux termes de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens

auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a), d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b), ou d'une aide

A/3872/2022 - 10/17 - régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (let. c). Selon l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c), de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d), ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 3). 6.2 Selon la jurisprudence, les six actes ordinaires suivants sont déterminants pour définir le degré d'impotence : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir, se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur ; établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2). Par ailleurs, dans ce domaine, lorsque l'acte comprend plusieurs fonctions partielles, il n'est pas exigé que l'assuré ait besoin d'aide dans la majorité de ces fonctions, l'aide importante directe ou indirecte dans une seule de ces fonctions suffit. À titre d'exemple, s'agissant de l'alimentation, lorsque l'assuré peut manger seul mais ne peut couper ses aliments ou ne peut les porter à la bouche qu'avec les doigts est considéré comme ayant besoin d'une aide importante (ATF 121 V 88 consid. 3c). On notera que la fonction « boire » est incluse dans l'aide à l'alimentation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 128/03 du 4 février 2004 consid. 3.1). 7. Conformément à l'art. 42quater al. 1 LAI, l'assuré a droit à une contribution d'assistance aux conditions suivantes : il perçoit une allocation pour impotent de l'AI conformément à l'art. 42, al. 1 à 4 (let. a) ; il vit chez lui (let. b) ; il est majeur (let. c). 7.1 L'art. 42sexies al. 1 LAI dispose que le temps nécessaire aux prestations d'aide est déterminant pour le calcul de la contribution d'assistance. Le temps nécessaire aux prestations relevant des contributions suivantes est déduit: l'allocation pour impotent visée aux art. 42 à 42ter LAI (let. a) ; les contributions allouées à l'assuré qui a recours, en lieu et place d'un moyen auxiliaire, aux services de tiers en vertu de l'art. 21ter al. 2 LAI (let. b) ; la contribution aux soins en vertu de l'art. 25a LAMal (let. c). 7.2 La contribution d'assistance constitue une prestation en complément de l'allocation pour impotent et de l'aide prodiguée par les proches, conçue comme une alternative à l'aide institutionnelle et permettant à des personnes présentant un handicap d'engager elles-mêmes des personnes leur fournissant l'aide dont elles ont besoin et de gérer leur besoin d'assistance de manière plus autonome et responsable. L'accent mis sur les besoins a pour objectif d'améliorer la qualité de

A/3872/2022 - 11/17 - vie de l'assuré, d'augmenter la probabilité qu'il puisse rester à domicile malgré son handicap et de faciliter son intégration sociale et professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_399/2021 du 20 juillet 2022 consid. 2.2). Une contribution d'assistance est versée quand un assuré présente un besoin d'aide régulier qui n'est pas couvert par d'autres prestations. Il n'y a donc pas de contribution d'assistance quand l'allocation pour impotent, le supplément pour soins intenses et / ou d'autres prestations de

l'assurance-invalidité ou de l'assurance-maladie obligatoire couvrent, en temps, le besoin d'aide reconnu (ch. 3001 de la Circulaire sur la contribution d'assistance dans sa version au 1er janvier 2021)

E. 8

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

E. 8.1

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

E. 8.2

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

A/3872/2022 - 12/17 - à des prestations de tiers. La prestation est versée à l'ayant droit et est en principe à sa libre disposition. Les prestations de soins selon l'art. 7 al. 2 OPAS constituent en revanche des prestations en nature sous forme de remboursement de frais. Elles servent à couvrir les coûts concrets des soins et sont généralement versées sur la base de conventions tarifaires. Si l'on compare les allocations pour impotent de l'AVS/AI et les prestations de soins selon l'art. 7 al. 2 OPAS dans leur ensemble, les prestations ne peuvent pas être qualifiées de similaires. Avec les mesures d'évaluation et de conseil ainsi que d'examen et de traitement (art. 7 al. 2 let. a et b OPAS), les prestations pour soins de l'assurance-maladie comprennent également des mesures qui n'ont pas de lien direct avec une impotence au sens de l'art. 42 LAI. En revanche, les prestations de soins de base selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, qui servent essentiellement à rembourser les mesures rendues

nécessaires par l'impotence, sont largement similaires aux prestations indemnisées par l'allocation pour impotent. Cependant, l'allocation pour impotent sert également à indemniser des prestations qui ne relèvent pas des soins de base selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, par exemple la rémunération de tiers pour favoriser les contacts avec l'entourage. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de justifier une réduction des prestations de soins à concurrence de l'intégralité de l'allocation pour impotent. Seule une réduction pour cause de surindemnisation entre en ligne de compte (ATF 125 V 297 consid. 5a et 5b). Le Tribunal fédéral, en application de ce principe, a admis une réduction de CHF 15.- par jour pour les frais non prouvés supportés par une personne gravement impotente et non couverts par ailleurs, ce montant représentant 56% de l'allocation pour impotence grave allouée en 1999 et correspondant aux frais usuels découlant d'un mode de vie courant en cas de séjour à domicile. Ce montant ne doit pas être pris en compte dans le calcul de la surindemnisation. Seuls 44% de l'allocation pour impotent grave peut être intégré au calcul de surindemnisation (ATF 127 V 94 consid. 5e). Notre Haute Cour a confirmé ce principe à plusieurs reprises (arrêts du Tribunal fédéral 9C_110/2019 du 22 juillet 2019 consid. 5.2.1, 9C_886/2010 du 10 juin 2011 consid. 4.4.3 et 4.5 et 9C_43/2012 du 12 juillet 2012 consid. 2). Les coûts de soins non couverts doivent être pris en compte dans la réduction des prestations en raison d'une surindemnisation liée à l'allocation pour impotent. Ces soins ne doivent pas satisfaire aux critères d'efficacité, d'économicité et du caractère approprié des soins selon la LAMal (arrêt KV.2017.00030 du 11 octobre 2018 du Tribunal cantonal des assurances de Zurich consid. 6.4.2). Dans un litige relevant de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a considéré que les frais supplémentaires au sens de l'art. 69 al. 2 LPGA incluent tous les frais qu'entraîne le cas d'assurance et qui ne sont pas couverts par les prestations d'assurance, et comprennent les honoraires d'un avocat (ATF 139 V 108 consid. 5.7 et 6). La notion de coûts supplémentaires ne doit pas être interprétée de manière restrictive. À titre d'exemples, on peut notamment citer la participation aux coûts au sens de la LAMal, les coûts résultant de la nécessité d'une alimentation spéciale, de moyens auxiliaires non pris en charge par une assurance ou du besoin d'une aide-

A/3872/2022 - 13/17 - ménagère (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, nn. 46-48 ad art. 69 LPGA).

E. 9

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

E. 10

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

brèvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (arrêt du Tribunal fédéral 6B_819/2018 du 25 janvier 2019 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2).

E. 11

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

E. 11.1

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

A/3872/2022 - 14/17 - toutefois indiquer les éléments précis sur lesquels il se base, ni en produire les extraits. Il est ainsi impossible de vérifier le bien-fondé de sa décision quant à la durée des soins admise. Du reste, on rappellera au sujet de cet instrument d'évaluation – notamment utilisé par Spitex, l'association faîtière des OASD –, qu'il relève selon la jurisprudence de simples recommandations dans les soins à domicile qui ne lient pas le juge, bien qu'il puisse en tenir compte lorsqu'elles permettent une application satisfaisante et adaptée au cas particulier des dispositions topiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 5.2.1 et les références).

E. 11.2

Il faut également souligner que l'intimé affirme avoir fondé sa décision sur l'avis de son infirmière-conseil et évoque des entretiens téléphoniques entre celle-ci et l'OASD. On rappellera ici que selon l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Les courriers électroniques et les comptes rendus des entretiens téléphoniques font également partie des documents visés à l'art. 46 LPGA (Guy LONGCHAMP in Commentaire romand LPGA, 2018, n. 14 ad art. 46 LPGA). Or, on ne trouve aucune trace de ces entretiens téléphoniques dans le dossier de celui-ci. Par ailleurs, le dossier ne contient aucun avis motivé de l'infirmière-conseil de l'intimé, la seule pièce produite consistant en une capture d'écran énumérant trois limitations de positions sur un formulaire, sans aucune explication. Il est du reste révélateur qu'une des collaboratrices de l'intimé ait sollicité des renseignements complémentaires de l'infirmière-conseil en indiquant mal

comprendre les refus – étant souligné que la réponse de celle-ci ne suffit guère à dissiper ces interrogations. Enfin, l'intimé a soutenu dans son courriel à la chambre de céans du 13 juillet 2019 que la fiche d'observation des soins remise par l'OASD ne permettait pas de calculer le droit aux prestations à défaut d'indication de durée pour chaque acte. L'intimé admet ainsi avoir statué sans disposer des renseignements nécessaires, qu'il lui incombait pourtant de recueillir avant de trancher le droit aux prestations.

E. 11.3

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

A/3872/2022 - 15/17 - Or, l'aide nécessaire pour couper des aliments et les boissons et les porter à la bouche fait bien partie des soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS.

E. 11.4

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

E. 11.5

En ce qui concerne la réduction pour cause de surindemnisation, le recourant a allégué plusieurs frais et produit de nombreux justificatifs. Sur ce point, la chambre de céans relève notamment que plusieurs factures de l'OASD pour la période litigieuse portent sur une aide à domicile qui semble être à la charge du recourant, dont le montant est de CHF 1'623.20 pour septembre 2021, CHF 1'930.45 pour octobre 2021, et CHF 1'437.70 pour novembre 2021. Ces montants, auxquels s'ajoutent les participations aux soins d'environ CHF 240.- par mois et les frais de matériel, sont supérieurs à ceux allégués à ce titre par le recourant, qu'il a chiffrés à CHF 587.65 dans son écriture du 14 avril 2023, même si l'on tient compte des salaires des auxiliaires de vie dont il dit s'acquitter. Au sujet de ce dernier poste, la chambre de céans relève que le recourant n'a pas produit de justificatif particulier. De plus, on peine à comprendre les paramètres de son calcul, s'agissant des rémunérations qu'il

affirme avoir à sa charge et qu'il a établies comme suit : [5x12x54.95/12] correspondant à CHF 171.50. Tel est également le cas des coûts liés à l'assistance supplémentaire dont il a besoin pendant ses vacances pour compenser l'aide que ses collègues lui fournissent gratuitement lorsqu'il travaille, et qu'il chiffre à CHF 274.40 (6x4x4x34.30 -3292.80/12). Il y aura lieu pour l'intimé d'examiner ces justificatifs et d'établir ces frais, avec la collaboration du recourant si nécessaire, pour déterminer les coûts liés aux soins et à l'assistance qui sont à sa charge. S'agissant des autres points du calcul de surindemnisation, le recourant a produit des justificatifs liés aux frais de transport. On ne saurait admettre les frais de location d'un emplacement de garage, ni ceux qui ont trait à l'entretien du véhicule, dès lors qu'il ne s'agit pas là de coûts causés par le handicap mais de

A/3872/2022 - 16/17 - frais qu'encourt toute personne propriétaire d'une voiture. Dans le cas d'espèce, la détention d'un véhicule ne paraît pas indispensable au quotidien pour pallier le handicap du recourant, celui-ci faisant appel à des services de transport adapté pour se déplacer et se rendant en taxi au travail selon la fiche d'observation établie par l'OASD. En revanche, les factures des entreprises de transport spécialisées non couvertes constituent des coûts supplémentaires dont l'intimé devra tenir compte. Les coûts liés aux moyens auxiliaires et à leur entretien, pour lesquels le recourant a également produit certains justificatifs, doivent également être déduits de l'allocation pour impotent. Tel est également le cas des massages lymphatiques dont bénéficie le recourant environ une fois par mois, étant rappelé que de telles prestations ne doivent selon la jurisprudence pas être reconnues selon la LAMal pour être considérées comme des coûts liés au handicap. Quant aux frais d'alimentation, le recourant doit en raison de sa pathologie faire appel à des services de restauration et de livraison à domicile pour tous les repas principaux, hormis ceux pris au travail. Or, selon l'expérience générale de la vie, le citoyen moyen ne se rend pas au restaurant et / ou se fait livrer des plats deux fois par jour. Il convient dès lors de retenir les frais de repas qui excèdent les dépenses usuellement consenties par une personne en bonne santé pour l'achat de denrées alimentaires et les repas pris ou commandés à l'extérieur. Il appartiendra également à l'intimé d'établir les surcoûts à ce titre, et d'en tenir compte dans son calcul de surindemnisation.

E. 11.6

Au vu de l'issue du litige, la chambre de céans renoncera à l'audition du recourant et de ses collègues, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2). Compte tenu des éléments qui précèdent, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision motivée dans le sens des considérants.

E. 12

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

A/3872/2022 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.