

# GE\_GERICHTE A/87/2025 vom 1. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_87\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_87_2025)

FR: GE\_GERICHTE A/87/2025 du 1 décembre 2025

IT: GE\_GERICHTE A/87/2025 del 1 dicembre 2025

## Erwägungen

### E. 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<sup>er</sup> juillet 2021. L'acte « Aide à l'habillage », 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'habillage » était réalisée directement après la douche, dont le temps avait déjà été majoré. Le cumul des temps standards ne justifiait pas les temps nécessaires pour les soins. Cela s'appliquait également à la position 10503 « Lever et coucher », qui avait été limitée. Au sujet de la position 10909 « Soutien et conseil », cette prestation n'était pas démontrée dans les documents de soins. De plus, elle ne correspondait pas à la tarification correcte dans les plans, et ne pouvait pas être déléguée à une aide-soignante. Ainsi, l'assureur maintenait sa limitation. Les prestations pouvaient être prises en charge au maximum à hauteur de CHF 3'476.-, selon un calcul figurant dans un tableau annexé. En raison des principes applicables à la surindemnisation, l'assureur devait également procéder à une déduction de 40% de l'allocation pour impotent de CHF 1'912.-

par mois, soit CHF 764.-, sauf si l'assuré pouvait prouver que cette allocation était entièrement utilisée pour d'autres dépenses. Le montant maximal des soins à indemniser s'élevait ainsi à CHF 3'476.- par mois, dont CHF 764.- étaient déduits, ce qui conduisait à un montant de CHF 2'712.- dès le 1<sup>er</sup> 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

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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.

### **E. 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).

### **E. 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 ( Personenhilfe ), les soins de base doivent être distingués de l'aide matérielle ( Sachhilfe ) ou aide à domicile. Celle-ci inclut les activités liées à l'économie et la tenue du ménage tels les achats, la préparation de la nourriture, y compris le service de repas, laver le linge et d'autres actes semblables, qui n'entrent pas dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins. En tant que soin de base, l'acte consistant à aider le patient à s'alimenter vise la situation dans laquelle la personne ne peut pas elle-même se nourrir, parce qu'elle n'est pas en mesure, par exemple, de couper ses aliments ou de les porter à sa bouche. En revanche, l'assistance dont elle a besoin pour que les aliments lui soient servis et lui parviennent - préparation et cuisson des aliments, mais aussi présentation et service des plats - ne fait pas partie des soins de base au sens de cette disposition, mais relève de l'aide à domicile, même si cette assistance lui est tout aussi nécessaire que l'aide pour se nourrir (ATF 136 V 172 consid. 5.3.1 à 5.3.3 et les références).

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.

## **E. 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.

### **E. 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)

### **E. 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).

### **E. 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 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 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).

#### **E. 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.

## **E. 8**

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

### **E. 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]).

### **E. 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 :**

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