

GE_GERICHTE ATAS/1044/2014 vom 30. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1044_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1044/2014 du 30 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1044/2014 del 30 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le litige porte sur la prise en charge des frais d'aide au ménage, et plus particulièrement sur le nombre d'heures.

E. 4

Les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (art. 3 al. 1 let. a LPC) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 let. b LPC). Selon l'art. 3 al. 2 LPC, la prestation complémentaire annuelle est une prestation en espèces (art. 15 LPGA), et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est une prestation en nature (art. 14 LPGA). L'art 14 al. 1 LPC prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants, de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis: frais de traitement dentaire (a); frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (b); frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (c); frais liés à un régime alimentaire particulier (d); frais de transport vers le centre de soins le plus proche (e); frais de moyens auxiliaires (e); frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (f). Selon l'al. 2, les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations.

A/1978/2014 - 5/8 - L'art. 13 al. 1 de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires du 29 décembre 1997 (OMPC) abrogée avec effet au 31 décembre 2007, prévoyait que les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité,

d'un accident ou de la maladie et dispensés par des services publics ou reconnus d'utilité publique sont remboursés. Lorsque ces prestations sont fournies par des institutions privées, les frais en découlant sont également pris en considération, dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique (cf. art. 13 al. 4 OMPC). Quant aux frais inhérents à l'aide nécessaire ainsi qu'aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage, ils sont remboursés jusqu'à concurrence de 4800 fr. au plus par année civile, du moment que ces prestations sont fournies par une personne ne vivant pas dans le même ménage ou engagée par une organisation non reconnue (cf. art. 13 al. 6 OMPC). Selon l'art 34 LPC (disposition transitoire de la loi entrée en vigueur le 1er janvier 2008), cette ordonnance reste applicable aussi longtemps que les cantons n'ont pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14 LPC.

E. 5

Au niveau du droit cantonal, l'art. 2 de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 (LPFC - J 7 10) laisse au Conseil d'Etat le soin de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'article 14, alinéas 1 et 2, de la loi fédérale, qui répondent aux règles suivantes : 1° les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'article 14, alinéa 3, de la loi fédérale, 2° les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations. L'art. 5 du règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 28 décembre 1998 (RPFC - J 7 10.01) précise que les frais remboursables, en application de l'article 14 alinéas 1 et 2, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006, sont fixés par un règlement spécifique. Un règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC - J 7 10.05), adopté le 15 décembre 2010, est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Son art. 5 prévoit qu'un droit au remboursement des frais au sens des articles 1 et 2 n'existe que dans la mesure où ces frais ne sont pas déjà pris en charge par d'autres assurances. L'octroi d'une allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance- invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire n'est pas assimilé à une prise en charge par d'autres assurances (al. 1). En cas d'augmentation du montant remboursable au sens de l'article 14, alinéa 4, de la loi fédérale sur les

A/1978/2014 - 6/8 - prestations complémentaires, l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance- accidents est portée en déduction des frais, dûment établis, pour les soins et les tâches d'assistance au sens des articles 13 et 15 du règlement. Le remboursement ne peut toutefois être inférieur au montant maximal selon l'article 2 alinéa 1 lettre c de la loi sur les prestations fédérales (al. 2). Dans la mesure où l'assurance-maladie a pris en compte l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents pour fixer le montant des frais de soins et de tâches d'assistance à domicile qu'elle est tenue de rembourser, l'allocation pour impotent n'est pas portée en déduction des frais considérés (al. 3). L'art. 13 précise que les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie et dispensés par des services publics ou reconnus d'utilité publique sont remboursés (al. 1). Le département fixe les montants maximaux pris en charge par directives (al. 2). Les frais d'aide ainsi que les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dispensés par des institutions privées sont remboursés

dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique (al. 3). L'art. 14 al. 1 indique que les frais dûment établis, inhérents à l'aide nécessaire, aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage, fournis par une organisation reconnue au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), sont remboursés. Selon l'al. 2, sont remboursés à concurrence de 4'800 fr. par année : a les frais au sens de l'alinéa 1, s'ils sont dispensés par une organisation non reconnue au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie ou par une personne privée ne vivant pas dans le même ménage que le bénéficiaire; b les frais d'accompagnement socio-éducatif et de soutien administratif à domicile; c les frais se rapportant à des prestations de relève à domicile, visant à décharger momentanément les proches qui vivent avec un bénéficiaire âgé ou invalide et qui contribuent à son maintien à domicile.

E. 6

Les directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (DFM), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, précisent plus particulièrement quels sont les montants pris en charge.

E. 7

Le Tribunal fédéral a ajouté, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité d'un assuré sans activité lucrative, que, pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), un assuré qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui, et doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu

A/1978/2014 - 7/8 - urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille.

E. 8

Est litigieux en l'espèce le nombre d'heures d'aide au ménage que devrait prendre en charge le SPC. Celui-ci s'est fondé sur le rapport d'évaluation rendu par une collaboratrice de l'IMAD, selon lequel trois heures suffisent. Le médecin traitant préconise quant à lui une aide de quatre heures.

E. 9

Il y a lieu de constater que la collaboratrice chargée de l'enquête s'est rendue au domicile de l'assurée afin d'évaluer le plus concrètement possible le nombre d'heures d'aide dont avait besoin l'assurée. Entendue par la chambre de céans, celle-ci a très clairement expliqué de quelle manière et sur la base de quels critères elle procédait. Elle a plus particulièrement précisé ce qu'il en était s'agissant des courses. Il s'avère que l'assurée peut assumer seule des courses légères. Plusieurs solutions peuvent être retenues pour les courses plus importantes, nécessairement plus lourdes auxquelles l'assurée peut faire appel (autres institutions, bénévoles, voisinage, internet ou caddie-service, par exemple). La chambre de céans relève par ailleurs que le médecin traitant n'est pas spécialiste de ce type d'enquête et ne fonde pas son évaluation du nombre d'heures nécessaires sur la base d'une visite à

domicile. Aussi les conclusions du rapport de l'IMAD, fixant à trois heures le nombre d'heures qui sera pris en charge par le SPC, ne peuvent-elles être que retenues.

E. 10

Le recours est ainsi rejeté.

A/1978/2014 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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