

# **GE\_GERICHTE ATAS/31/2022 vom 21. Januar 2022**

GE Cour de justice, 2022-01-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_31\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_31_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/31/2022 du 21 janvier 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/31/2022 del 21 gennaio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

A/797/2021 - 7/18 -

#### **E. 1.1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 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 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 1.2**

En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de trente jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance- invalidité [LPFC - J 4 20]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 2**

La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021. Cette nouvelle n'est pas applicable en l'espèce, dès lors qu'est litigieux le droit au remboursement des frais de maladie avant qu'elle ne soit promulguée. Ce droit doit ainsi être examiné à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, qui seront citées dans leur teneur à cette date.

### **E. 3**

S'agissant de l'objet du litige, la chambre de céans rappelle ce qui suit.

#### **E. 3.1**

Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls peuvent en règle générale être examinés et jugés les rapports

juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (en principe sur opposition). Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 12/01 du 9 juillet 2001

A/797/2021 - 8/18 - consid. 1). Lorsqu'aucune décision n'a été rendue, le recours est irrecevable (ATF 131 V 202 consid. 2.1). Ainsi, l'objet du litige dans la procédure administrative est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). Toutefois, à teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le droit de recours en vertu de cette disposition sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst. – RS 101) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_687/2008 du 12 mars 2009 consid. 3.1).

### **E. 3.2**

En l'espèce, le litige porte sur le refus de l'intimé de prendre en charge certains frais, conformément à ses décisions des 9 septembre, 1er octobre et 11 novembre 2020, confirmées sur opposition. Les frais de maladie faisant l'objet de la décision du 1er mars 2021, contre laquelle une opposition est pendante, ne font en revanche pas l'objet du présent litige. Eu égard aux conclusions du recours, il appartiendra également à la chambre de céans d'examiner les conséquences de l'absence de décisions de l'intimé quant à la prise en charge des montants faisant l'objet des autres décomptes qui lui ont été transmis.

### **E. 4**

La recourante se plaint en premier lieu de l'absence de décision quant à ses nombreuses demandes de remboursement transmises à l'intimé et restées sans réponse.

#### **E. 4.1**

Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité ou, en d'autres termes, prohibe le retard injustifié à statuer. Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1). L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable. Le caractère raisonnable du délai s'apprécie selon les circonstances particulières de la cause, eu égard en particulier à la complexité de l'affaire, au comportement du requérant et à celui des autorités compétentes, ainsi qu'à l'enjeu du litige pour l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.2). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. Le comportement du justiciable s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative

A/797/2021 - 9/18 - que dans un procès civil, où les parties doivent faire preuve d'une diligence normale pour activer la procédure. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques « temps morts »; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références). La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.3). L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 23/05 du 27 mars 2006 consid. 6).

#### **E. 4.2**

La LPGA ne fixe pas de délai à l'assureur pour statuer. Toutefois, la procédure en assurances sociales doit être rapide, exigence qui dans le domaine des prestations est en lien avec le droit à des conditions minimales d'existence (Miriam LENDFERS in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 41 ad art. 56 LPGA). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu qu'un délai de 15 mois pour trancher une procédure administrative ne relevait pas d'un déni de justice, au vu des mesures d'instruction particulières nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_190/2007 du 24 septembre 2007 consid. 4.1).

#### **E. 4.3**

En l'espèce, il ressort du dossier produit par l'intimé que la demande de remboursement formée par la recourante en date du 3 janvier 2020, et portant sur la prise en charge par l'intimé de 25 factures, est restée sans réponse. La recourante a pourtant envoyé des rappels par courriers des 8 mai 2020 et 13 juillet 2020. Or, il importe de souligner que les décisions sur la prise en charge des frais sollicités ne présentaient guère de difficultés aux plans juridique et administratif, et ne nécessitaient en principe pas de clarifications supplémentaires. En effet, les prestations restées en souffrance font l'objet de décomptes de la caisse clairement libellés, mentionnant le prestataire, la date, la nature du traitement en cause et la participation à la charge de la recourante. Dans ces circonstances, au vu de l'important délai écoulé depuis la remise des décomptes qui, à teneur du dossier, n'ont pas fait l'objet de décisions quant à leur prise en charge, force est de constater que l'intimé a commis un retard injustifié dans le traitement du dossier de la recourante. Compte tenu de l'importance des montants en jeu, ces attermoissements sont d'autant moins acceptables qu'ils peuvent mettre en péril les moyens d'existence de la recourante.

A/797/2021 - 10/18 - L'intimé sera en conséquence invité à rendre une décision sur la demande de la recourante formée le 3 janvier 2020 dans les meilleurs délais.

#### **E. 5.1**

Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions (personnelles) prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes

qui perçoivent une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC.

### **E. 5.2**

En vertu de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent notamment aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou d'autres structures ambulatoires de l'année civile en cours (let. b) et les frais payés au titre de la participation au coût selon l'art. 64 LAMal (let. g). Selon le deuxième alinéa de cette disposition, les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement des dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs à CHF 25'000.- par année pour une personne seule (cf. art. 14 al. 3 LPC). La loi ne définit pas ce qu'il faut entendre par aide, soins et assistance à domicile ou d'autres structures ambulatoires au sens de l'art. 14 al. 1 let. b LPC. Il s'agit là d'un besoin fondamental de prestations fournies par un tiers (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_311/2019 du 10 décembre 2019 consid. 5.1).

### **E. 5.3**

L'art. 14 LPC, qui a remplacé l'art. 3d aLPC, est conçu comme une loi-cadre. Les cantons ont la faculté de déterminer eux-mêmes les plafonds des frais de maladie et d'invalidité, qui ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants préalablement fixés par le droit fédéral, ce qui permet d'éviter une péjoration de la position des assurés (ATF 142 V 457 consid. 3.3.1). Selon la doctrine, dès lors que la réglementation fédérale en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 a été reprise en détails dans cette nouvelle loi-cadre, les cantons ne disposent en réalité guère de marge de manœuvre. La crainte du législateur fédéral était en effet que les cantons, pour des raisons financières, ne fassent usage d'une compétence législative plus étendue afin de réduire le catalogue des prestations à rembourser ou l'étendue du remboursement. L'art. 14 LPC représente ainsi des minima (Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3ème éd. 2016, n. 333).

### **E. 5.4**

Selon l'art. 15 LPC, les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés aux conditions suivantes : le remboursement est demandé dans les quinze mois à

A/797/2021 - 11/18 - compter de la facturation (let. a); les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions fixées aux art. 4 à 6 (let. b). Le droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité doit ainsi faire l'objet d'une demande, à l'instar des autres prestations dans le domaine des assurances sociales, qui doit intervenir dans les quinze mois après l'établissement de la facture. Il s'agit là d'un délai de péremption (JÖHL / USINGER-EGGER, *op. cit.*, n. 240).

### **E. 6.1**

Au plan cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c LPFC confère au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, les montants maximaux remboursés correspondant aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements étant limités aux dépenses

nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

### **E. 6.2**

En application de la délégation de compétence contenue à l'art. 2 LPFC, le Conseil d'État a promulgué le 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 4 20.04). L'art. 13 RFMPC prévoit 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). Aux termes de l'art. 14 RFMPC, 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'art. 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102) sont remboursés (al. 1). Sont remboursés à concurrence de CHF 4'800.- par année les frais au sens de l'al. 1, s'ils sont dispensés par une organisation non reconnue au sens de l'art. 51 OAMal ou par une personne privée ne vivant pas dans le même ménage que le bénéficiaire (let. a) (al. 2). Le département fixe le tarif horaire remboursé (al. 3).

### **E. 6.3**

Les directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (DFM) précisent sous chiffre 7.35 au sujet des frais d'aide et de soins à domicile visés par l'art. 13 RFMPC que l'intimé prend en charge la part des prestations LAMal non couverte par l'assureur-maladie, dont font partie les soins prodigués par une infirmière, ainsi que les soins de base qui doivent être donnés en raison de l'âge, d'une

A/797/2021 - 12/18 - maladie, d'un accident ou d'une invalidité. Il faut entendre par soins de base l'aide nécessaire pour se lever, s'habiller, se baigner, prendre les repas et pour d'autres actes physiques indispensables. Le point 7.36 énumère les organisations de soins et d'aide à domicile reconnues au sens de l'art. 51 OAMal et précise que si une organisation n'est pas admise au sens de cette disposition, aucun frais de soins ou de soins de base ne peut être remboursé. Selon le point 7.39 DFM, la nécessité des soins, de l'aide et de l'assistance à domicile doit être attestée médicalement et son ampleur évaluée par la Fondation des services privés d'aide et de soins à domicile (FSASD).

### **E. 7**

L'art. 27 LPGA dispose que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). Cette disposition s'applique à la procédure en matière de

prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_624/2007 du 20 mai 2008 consid. 6.3.1.1). Le devoir de conseil a pour but que la personne se comporte de telle sorte que surviennent les conséquences juridiques voulues par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_475/2009 du 22 février 2010 consid. 2.1). Il porte sur les droits et les obligations dans le cas concret. L'intéressé doit être conseillé sur les circonstances juridiques ou de fait qui lui permettent de faire valoir ses droits ou de se conformer à ses obligations. Le cas échéant, une recommandation sur les démarches à entreprendre doit être donnée. Le devoir de conseil n'est pas subordonné à une demande dans ce sens de la personne assurée, il doit être mis en œuvre dès que l'assureur constate un besoin de conseil (Ueli KIESER, Kommentar zum ATSG, 4ème éd. 2020, n. 27 ad art. 27 LPGa). Une violation de l'obligation de conseiller peut, le cas échéant, engager la responsabilité de l'assureur, selon l'art. 78 LPGa (Guy LONGCHAMP in Commentaire romand LPGa, 2018, n. 40 ad art. 27 LPGa).

## **E. 8**

Dans la décision attaquée, l'intimé a confirmé son refus de prendre en charge les factures de KeyCare, soit les factures des 24 décembre 2019 (CHF 336.-), 30 décembre 2019 (CHF 104.-), 28 janvier 2020 (CHF 336.-), 31 janvier 2020 (CHF 96.-), 25 février 2020 (CHF 336.-), 28 février 2020 (CHF 96.-), 24 mars 2020 (CHF 336.-), 27 mars 2020 (CHF 96.-), 28 avril 2020 (CHF 308.-), 30 avril 2020 (CHF 104.-), 26 mai 2020 (CHF 252.-) et 27 mai 2020 (CHF 88.-). Il a également maintenu ses décisions quant au refus de prendre en charge les factures pharmaceutiques relatives à des produits absorbants et articles

A/797/2021 - 13/18 - hygiéniques (soit les factures de la Pharmacie Amavita des 30 juin 2020 [CHF 31.60], 15 août 2020 [CHF 158.-] et 5 août 2020 [CHF 63.80]), ainsi qu'une facture de SOS-Médecins Cité Calvin SA du 24 mai 2020 de CHF 282.50.

### **E. 8.1**

S'agissant d'abord du refus de prendre en charge les factures de KeyCare, il semblerait, à teneur du dossier, que celles-ci portent sur des frais d'assistance à domicile et de participation au ménage (cf. récapitulatif des factures KeyCare de novembre 2019 à janvier 2021 du 4 mars 2021 ; pièce 5 recourante). Or, de telles prestations tombent en principe sous le coup des art. 14 al. 1 let. b LPC et

### **E. 8.2**

S'agissant de la prise en charge des produits absorbants pour l'incontinence, la chambre de céans relève ce qui suit.

#### **E. 8.2.1**

Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, posées par l'art. 32 al. 1 LAMal, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système est concrétisé par l'art. 33 OAMal. En ce qui concerne les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques visées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, le législateur a prévu un système dit de liste positive, dont la liste des moyens et appareils (LiMA) constitue une liste positive de prestations, à la fois exhaustive et contraignante. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, de médicament ou encore de moyens ou d'appareils, qui n'y est pas mentionnée (ATF 139 V 509 consid. 4.1). La LiMa prévoit à son chiffre 15 la prise en charge d'aides pour l'incontinence lorsqu'elles

sont nécessaires en raison d'une incontinence moyenne ou sévère. Ce chiffre prévoit des montants maximaux remboursables par année pour l'utilisation de ces aides. À la suite de l'entrée en vigueur au 1er janvier 1996 de l'assurance obligatoire des soins, il n'y a plus lieu de rembourser les frais de maladie, qui incombent à la LAMal, et les prestations complémentaires se limitent à la prise en compte des franchises des caisses-maladie, des frais de dentiste, des frais Spitex non couverts par l'assurance-maladie et des frais de moyens auxiliaires (Message concernant la troisième révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [3ème révision PC] du 20 novembre 1996 FF 1997 I 1149). Le catalogue des prestations figurant à l'art. 14 al. 1 LPC est exhaustif, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure à l'existence d'une lacune dans cette liste pour rembourser une prestation (ATF 147 V 312 consid. 6.1). En application de ces principes, la jurisprudence a confirmé que la législation sur les prestations complémentaires ne prévoit pas le remboursement de coûts non

A/797/2021 - 16/18 - pris en charge par l'assurance-maladie, à l'exception de la participation au sens de l'art. 64 LAMal, soit la franchise et la quote-part de 10 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_311/2019 du 10 décembre 2019 consid. 4, portant notamment sur des articles pour l'incontinence). Les médicaments qui ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne donnent pas droit à un remboursement par le biais des prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 59/04 du 16 février 2005 consid. 2.3 et les références). Dans un arrêt portant sur le remboursement de matériel d'aide en cas d'incontinence, notre Haute Cour a retenu que les frais laissés à la charge de l'assurée par l'assureur-maladie parce qu'ils dépassent le montant maximal prévu à cet effet par le chiffre 15.01 LiMa – lequel constitue une limite fixée en fonction des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations – ne relèvent pas d'une participation au sens de l'art. 64 LAMal, de sorte qu'ils ne doivent pas être remboursés par les prestations complémentaires en vertu de l'art. 3d al. 1 let. f aLPC, devenu depuis l'art. 14 al. 1 let. g LPC (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4.2).

### **E. 8.2.2**

Il n'existe aucun motif de s'écarter de cette jurisprudence dans le cas d'espèce. C'est partant à juste titre que l'intimé a confirmé le refus de prendre en charge les frais relatifs aux produits absorbants non couverts par l'assurance obligatoire des soins. La décision entreprise sera ainsi confirmée sur ce point.

### **E. 8.3**

Enfin, s'agissant de la facture du 24 mai 2020 de de SOS-Médecins Cité Calvin SA CHF 282.50, force est de constater que la caisse a refusé de participer à ces frais, au motif que ceux-ci avait déjà été traités dans un précédent décompte. Cela ressort sans ambiguïté de la décision litigieuse et du décompte de prestations de la caisse du 22 août 2020. Cet élément n'est pas contesté par la recourante devant la chambre de céans. Ainsi, compte tenu du fait que la législation sur les prestations complémentaires ne prévoit pas le remboursement de coûts non pris en charge par l'assurance-maladie, c'est à bon droit que l'intimé a confirmé le refus de prendre en charge ces frais. Ainsi, sur ce point également, il convient de confirmer la décision litigieuse. 9. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision attaquée est annulée en tant qu'elle confirme le refus de prendre en charge les factures de KeyCare des 30 décembre 2019, 24 décembre 2019, 31 janvier 2020,

28 janvier 2020, 28 février 2020, 25 février 2020, 27 mars 2020, 24 mars 2020, 30 avril 2020, 28 avril 2020, 27 mai 2020 et 26 mai 2020. Le dossier sera renvoyé à l'intimé, à charge pour lui de compléter l'instruction et rendre une nouvelle décision. La recourante, qui n'est pas représentée par un mandataire professionnellement qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

A/797/2021 - 17/18 - \*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

### **E. 13**

RFMPC. L'argumentation de l'intimé selon laquelle ces frais ne pourraient être pris en charge que sur remise d'un certificat médical préalable ne saurait être suivie. On relèvera d'ailleurs que, selon la recourante, un tel certificat aurait été adressé à l'intimé en octobre 2018. Or, dans la mesure où le dossier que l'intimé a adressé à la chambre de céans ne contient aucune correspondance antérieure à 2018 - à l'exception de la demande initiale de prestations de 1986 -, il est impossible de vérifier cette allégation. Ce point n'est cependant pas déterminant, pour les raisons suivantes. Quoiqu'en dise l'intimé, il ressort du dossier que des demandes de prise en charge concernant des prestations fournies tant par l'IMAD que par KeyCare ont été adressées à l'intimé par la recourante, ce en janvier 2020 déjà (cf. pièce 12 intimé). Si l'intimé estimait qu'un certificat médical était nécessaire pour établir les besoins justifiant le recours à ces organisations, il lui appartenait de solliciter de la recourante un tel document à réception de ces factures. Cette obligation s'imposait tant en vertu du principe inquisitoire, ancré à l'art. 43 al. 1 LPGA, aux termes duquel l'assureur doit prendre les mesures d'instruction nécessaires et recueillir les renseignements nécessaires, que du devoir de conseil de l'assureur prévu à l'art. 27 al. 2 LPGA. En effet, l'intimé devait se rendre compte au plus tard en janvier 2020 que la recourante entendait faire valoir certaines prétentions en lien avec les frais encourus pour l'aide et les soins nécessaires. Il lui appartenait de la rendre attentive à la nécessité de produire un certificat médical s'il considérait que l'absence d'un tel document pouvait entraîner la forclusion de son droit à demander le remboursement de ces frais, afin qu'elle puisse entreprendre les démarches correspondantes nécessaires à sauvegarder ses droits. La chambre de céans relève au demeurant que l'intimé a pris en charge des factures de KeyCare, sans demander de certificat au préalable (cf. pièces 19 et 25 intimé). Quoiqu'il en soit, contrairement à ce que soutient la recourante, l'absence de certificat médical préalable n'entraîne pas la forclusion du droit au remboursement des prestations. L'exigence d'un tel document n'est expressément prévue ni par la législation fédérale, ni par la législation cantonale. La doctrine a du reste souligné qu'il était important que le remboursement de l'aide dans le ménage, particulièrement pour les rentiers AVS âgés, ne soit pas subordonné à des conditions trop strictes (Erwin CARIGIET/Uwe KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 3ème éd. 2021, p. 297).

A/797/2021 - 14/18 - Les considérations qui précèdent s'appliquent également à l'exigence d'une évaluation par l'IMAD avant tout remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Il est vrai qu'une telle évaluation est prévue par les directives DFM - qui mentionnent toutefois la compétence à cette fin de la FSASD, qui n'existe plus depuis la création de l'IMAD en 2011. Cela ne peut toutefois pas conduire à exclure le remboursement de frais encourus avant que cette évaluation n'ait eu lieu, dès lors que cela reviendrait en pratique à introduire une condition supplémentaire à la prise en charge de ces prestations qui exclurait

leur remboursement rétroactif, prévu par la loi. Or, une directive, qui relève d'une ordonnance administrative, ne crée pas de nouvelles règles de droit et donne le point de vue de l'administration sur l'application d'une disposition, et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.4). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, Droit administratif vol. I, 3ème éd. 2012, p. 428). L'intimé ne saurait ainsi se prévaloir de cette directive pour décliner la prise en charge des frais d'aide à domicile et de ménage facturés par KeyCare. L'intimé a en outre fait valoir que KeyCare n'est pas une organisation de soins reconnue au sens de l'art. 51 OAMal. Il est vrai que KeyCare ne figure pas dans les organisations de soins et d'aide à domicile reconnues au sens de l'art. 51 OAMal énumérées au chiffre 7.36 DFM. On peut toutefois se demander si cette liste n'est pas obsolète, puisqu'elle mentionne encore la FSASD, qui n'existe plus depuis près d'une décennie. De plus, selon son site internet (<https://www.keycare.ch/apropos>), KeyCare bénéficie des autorisations nécessaires pour exercer des soins à domicile. Les décomptes établis par la caisse démontrent en outre que les prestations de KeyCare ont, à tout le moins partiellement, été prises en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, ce qui tend également à démontrer qu'elle est admise à pratiquer à charge de la LAMal. Ce point peut toutefois souffrir de demeurer indécis puisque, même à supposer que KeyCare ne soit pas reconnue au sens de l'art. 51 OAMal, ses frais, inhérents à l'aide nécessaire et aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage doivent néanmoins être remboursés à concurrence du plafond réglementaire de CHF 4'800.- par année (cf. art. 14 al. 2 RFMPC). Or, il ressort du récapitulatif des factures de KeyCare de novembre 2019 à janvier 2021 que le montant facturé à la recourante à titre d'assistance à domicile et d'aide au ménage ne dépasse pas le plafond de CHF 4'800.- par année (soit CHF 4'607.50 en 2020).

A/797/2021 - 15/18 - Il ressort des considérants qui précèdent que l'intimé ne pouvait refuser de prendre en charge les frais relatifs aux prestations de KeyCare, au motif qu'un certificat médical préalable était nécessaire. La décision sur oppositions sera en conséquence annulée en tant qu'elle confirme le refus de prendre en charge les factures de KeyCare. Il appartiendra ainsi à l'intimé de compléter l'instruction afin de déterminer les besoins de la recourante en matière d'aide à domicile et dans le ménage, cas échéant en mandatant l'IMAD à cet effet. En cas de besoins avérés d'aide au ménage et d'assistance à domicile de la recourante, il appartiendra à l'intimé de rembourser les prestations litigieuses d'un montant total de CHF 2'488.-. On relèvera, à toutes fins utiles, que l'intimé ne saurait se prévaloir d'avoir clos l'instruction sur la question de l'aide au ménage, son courrier du 28 juillet 2021 n'ayant, à teneur du dossier, pas été précédé d'une sommation au sens de l'art. 21 al. 4 LPGa.

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