

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1978/2014

ATAS/1044/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 septembre 2014**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route  
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1949, au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis 1997, reçoit des prestations complémentaires.
2. Le 14 mars 2014, l'assurée a adressé au Service des prestations complémentaires (ci-après SPC) la copie d'un certificat établi par le Docteur B\_\_\_\_\_ le 7 mars 2014, aux termes duquel elle avait besoin d'une aide pour le ménage à raison de quatre heures par semaine pour l'année 2014.
3. Le SPC a confié à l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), le mandat d'évaluer la demande d'aide au ménage.

Une évaluation a ainsi été réalisée le 15 avril 2014 au domicile de l'assurée. Il a été constaté que celle-ci avait besoin d'aide pour remplir les tâches ménagères, pour la lessive, le repassage, le nettoyage du logement et de la cuisine / salle de bains, ainsi que pour refaire le lit, nettoyer les vitres, organiser le ménage et sortir les poubelles. Il est précisé que personne dans son entourage ne peut lui apporter d'aide. L'enquêtrice a ainsi estimé à trois heures par semaine le nombre d'heures nécessaires.

4. Par « décision » du 5 mai 2014, le SPC, se fondant sur le rapport de l'IMAD, a informé l'assurée qu'une prise en charge de trois heures par semaine pour une durée de douze mois lui était accordée, au prix de CHF 25.- de l'heure au maximum.
5. Le 15 mai 2014, l'assurée a contesté la limitation de l'aide au ménage à trois heures, rappelant que son médecin traitant avait stipulé une intervention de quatre heures par semaine, et qu'elle avait déjà engagé une personne depuis le 2 mai 2014, par l'intermédiaire de l'agence C\_\_\_\_\_.
6. Par décision du 12 juin 2014, le SPC a rejeté l'opposition formée à la « décision » du 5 mai 2014.
7. L'assurée a interjeté recours le 4 juillet 2014 contre ladite décision. Elle rappelle qu'elle avait bénéficié de l'aide de la FSASD, actuellement IMAD, pendant plusieurs années, et que c'est finalement « suite à certaines indécidités et chicaneries » de la part du personnel de la FSASD qu'elle avait pris contact avec l'agence C\_\_\_\_\_. Elle se réfère au certificat établi par le Dr B\_\_\_\_\_ et ne comprend pas pour quelle raison les quatre heures par semaine d'aide pour le ménage qu'il préconise, n'est pas suivi par le SPC.
8. Dans sa réponse du 31 juillet 2014, le SPC a conclu au rejet du recours.
9. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, ainsi que l'audition de Mme D\_\_\_\_\_, employée à l'IMAD, le 9 septembre 2014. Cette dernière a déclaré que

« Je précise qu'il n'y a pas de barème pour fixer le nombre d'heures nécessaires. Je procède sur place à une estimation compte tenu de l'état du logement, de ce que la

personne peut ou ne peut pas faire. Le maximum possible est de 4 heures par semaine, au vu du montant maximum pris en charge par le SPC. Nous devons faire attention à être équitable par rapport à d'autres personnes. Lorsque la personne vit seule dans un 5 pièces, comme dans le cas d'espèce, nous prenons en considération que les pièces qu'elle utilise, soit la chambre, le salon, la cuisine et la salle de bains. Il va de soi que les deux autres chambres devraient être nettoyées de temps à autre. Je précise toutefois que l'aide apportée concerne un ménage courant qui n'est effectuée qu'une fois par semaine, pour que la personne puisse vivre chez elle.

J'ai eu connaissance de ce que préconisait le médecin traitant. Je n'ai cependant tenu compte que de ce que j'ai vu. Je souligne à cet égard que le médecin ne vient pas à domicile. J'ajoute que si je devais me fonder sur le certificat médical, je n'aurais pas besoin d'aller sur place.

J'aurais évalué à 4 heures le nombre d'heures nécessaires si la personne avait été en chaise roulante, par exemple, si elle avait été dépendante pour tous les actes de la vie, en résumé si j'avais coché toutes les rubriques du questionnaire.

J'attire votre attention sur le fait que le questionnaire que j'ai rempli est le questionnaire applicable lorsque l'aide au ménage est apportée par une organisation de soins à domicile non reconnue ou par du personnel privé. Dans ce questionnaire, il n'est pas prévu une rubrique « courses ». Si la personne a besoin d'une aide pour les courses, j'essaie de lui proposer une autre solution, soit auprès d'autres institutions, auprès de bénévoles ou auprès de l'IMAD, ou encore auprès de ses proches. Je précise encore qu'à ma connaissance, s'agissant de l'aide apportée par l'IMAD, 1h50 au maximum est prise en charge plus une heure pour les courses ».

L'assurée a quant à elle précisé que

« Je voudrais rappeler qu'en septembre 2006, les médecins des HUG avaient soumis ma sortie à la condition que je puisse bénéficier d'une aide à hauteur de 4 heures par semaine. C'est ainsi que j'ai eu l'aide apportée par la FSASD. Malheureusement, j'ai été maltraitée par certains collaborateurs de cette institution, au point qu'une lettre d'excuses m'a été adressée le 2 décembre 2002. Il m'a alors été conseillé de faire appel au privé. J'ai eu beaucoup de difficultés à trouver quelqu'un de déclaré.

Je précise également que je souffre notamment de polyarthrose, de quinze discopathies sévères et de deux hernies discales inopérables. J'essaie de rester digne, ce qui finalement me porte préjudice, dans la mesure où les gens ne pensent pas que mon état de santé soit aussi mauvais.

Si j'étais restée à la FSASD, j'aurais droit à 4 heures.

Je paie CHF 30.- de l'heure la personne de l'agence C\_\_\_\_\_. Elle vient quatre heures par semaine dont une heure de courses, mais pas systématiquement chaque semaine. Je m'arrange pour que les courses soient faites en gros. Je peux seule aller chercher le pain ou les petites choses ».

Invité à faire part de sa détermination après enquêtes, le SPC a relevé, le 18 septembre 2014, que la collaboratrice de l'IMAD avait expressément confirmé s'être rendue au domicile de l'assurée, avoir évalué les besoins de cette dernière de manière objective. Il considère dès lors qu'il n'y a pas de motif valable pour remettre en cause le nombre d'heures d'aide que celle-ci a jugé suffisantes dans le cas de la recourante.

10. Ce courrier a été transmis à l'assurée, puis la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

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 1<sup>er</sup> 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.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur la prise en charge des frais d'aide au ménage, et plus particulièrement sur le nombre d'heures.
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.

---

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 1<sup>er</sup> 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.

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 1<sup>er</sup> 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

---

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.

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 1<sup>er</sup> janvier 2011, précisent plus particulièrement quels sont les montants pris en charge.
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

urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille.

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.
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.
10. Le recours est ainsi rejeté.

**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

La présidente

Nathalie LOCHER

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