

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2658/2025

ATAS/40/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Marco ROSSI, avocat

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : le bénéficiaire), né le _____ 1942, était marié à B_____ (ci-après : épouse du bénéficiaire). Ensemble, ils ont eu quatre enfants, dont C_____.
- b.** À la suite d'une demande du 25 janvier 2007 adressée au service de prestations complémentaires (ci-après : SPC), il a été mis au bénéfice de prestations complémentaires.
- c.** Selon un extrait du registre de la Centrale de compensation consulté le 5 novembre 2018 par le SPC, le bénéficiaire était titulaire d'une rente d'invalidité à compter du mois de mai 2004, d'une rente de vieillesse à compter du mois de février 2007 et d'une allocation pour impotent de degré grave depuis le mois de mai 2018.
- d.** Le 23 février 2021, l'épouse du bénéficiaire est décédée.
- e.** Par décision du 6 mai 2021, la caisse cantonale genevoise de compensation a reconnu au bénéficiaire un droit à une rente de vieillesse mensuelle de CHF 197.- dès le 1^{er} mars 2021, à la suite du décès de son épouse.
- f.** Par courrier du 30 juillet 2021, le bénéficiaire a expliqué au SPC la raison pour laquelle son fils C_____ apparaissait à la même adresse que lui auprès de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM). En raison de sa mobilité très réduite et de son état de santé très fragile, la présence d'une personne lui était indispensable afin de l'assister au quotidien pour accomplir tous les actes de la vie. C_____, avait d'abord dû réduire son taux d'activité à 50% pour venir en aide à ses parents. Par la suite, avec la dégradation de leur état de santé, C_____ avait été contraint de passer davantage de temps avec eux, au point de perdre son emploi et son logement, raison pour laquelle il logeait chez le bénéficiaire.
- g.** Par certificat médical du 8 octobre 2021, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie et médecin traitant du bénéficiaire, a attesté que ce dernier avait besoin d'aide au quotidien.
- h.** Par courrier du 8 novembre 2021, le bénéficiaire a sollicité du SPC la présence permanente d'une personne afin de lui faciliter l'accès à la vie et rester le plus longtemps possible à son domicile.
- i.** Le 11 janvier 2022, le SPC a communiqué divers renseignements au bénéficiaire concernant la prise en charge d'un placement à domicile d'une personne en « âge AVS ». Notamment, dans le cadre d'un engagement d'une personne à son compte, leur service prenait en charge financièrement le montant mensuel du salaire brut ainsi que la part patronale des charges sociales jusqu'à concurrence disponible pour le remboursement des frais médicaux, soit CHF 25'000.- pour une personne seule à domicile. En cas de besoin

supplémentaire à l'intervention de l'institution publique genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD) ou d'une autre entreprise, certains points devaient être respectés, dont notamment les suivants : le bénéficiaire devait percevoir une allocation pour impotent de degré moyen ou grave ; un contrat d'engagement ainsi qu'un cahier des charges devaient être établis et soumis au SPC, le salaire mensuel brut pour une personne à plein temps ne devait pas excéder CHF 4'970.-.

j. Le 28 janvier 2022, le bénéficiaire a transmis au SPC les documents suivants :

- une décision du 16 août 2018 de la caisse cantonale genevoise de compensation indiquant que les prestations mensuelles de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS), de CHF 940.- étaient versées au titre d'allocation pour impotent de degré grave à partir du 1^{er} mai 2018, le bénéficiaire se trouvant en situation d'impotence grave ;
- un contrat de travail daté du 26 janvier 2022 entre le bénéficiaire et son fils C_____, mentionnant l'engagement de ce dernier en tant qu'aide à domicile à temps plein dès le 1^{er} février 2022 pour un salaire mensuel brut de CHF 4'970.- ; ledit contrat était accompagné d'un cahier des charges.

k. Le 18 mai 2022, le bénéficiaire a transmis au SPC un formulaire d'adhésion pour les employeurs du 13 mai 2022, établi par Chèque Service, mentionnant que le bénéficiaire employait son fils C_____ pour des travaux ménagers, garde de personnes âgées et aide à domicile à compter du 1^{er} février 2022, pour un salaire mensuel net de CHF 4'350.- représentant 40 heures effectuées par semaine.

l. Par décision du 13 juillet 2022, le SPC a pris en charge CHF 5'480.- au titre de frais de maladie « maintien à domicile » pour les mois de décembre 2021 et janvier 2022, soit CHF 2'740.- pour chaque mois.

m. Par la suite, le bénéficiaire a régulièrement transmis au SPC des documents relatifs au salaire de C_____, dont notamment :

- des fiches de calcul de charges de 2022 établies par Chèque Service transmises au SPC le 16 septembre 2022, indiquant un salaire mensuel brut de CHF 5'481.40 pour l'année 2022 ;
- une déclaration de salaire mensuel net de 2022 adressée à Chèque Service et transmise au SPC le 21 novembre 2022 par laquelle le bénéficiaire attestait verser régulièrement un salaire mensuel de CHF 4'750.- depuis le 1^{er} février 2022 ;
- des fiches de calcul des charges de l'année 2023 générées le 26 octobre 2023 par Chèque Service, et transmises au SPC le 30 octobre 2023, indiquant un salaire mensuel brut de CHF 1'739.68 pour 16 heures par semaine en 2023 ;
- des fiches de salaire des mois de janvier à février et avril à décembre 2024, indiquant un salaire mensuel brut de CHF 1'740.- et des charges employeur de CHF 274.10.

n. Le SPC a rendu ensuite plusieurs autres décisions à l'égard du bénéficiaire portant sur le remboursement de ses frais médicaux au titre de maintien à domicile, lui accordant :

- CHF 2'740.- mensuels de février à août 2022 (*cf.* décision du 30 septembre 2022) ;
- CHF 1'918.40 mensuels, soit CHF 1'739.70 comme salaire brut et CHF 178.70 charges employeur, de janvier à novembre 2023 (*cf.* décisions des 9 novembre et 14 mai 2023) ;
- CHF 464.10 pour le mois de décembre 2023, la limite annuelle étant atteinte (*cf.* décision du 14 mai 2024) ;
- CHF 2'288.20 mensuels, soit CHF 2'014.10 comme salaire brut et CHF 274.10 charges employeur, de janvier à avril 2024 (*cf.* décision du 14 mai 2024) ;
- CHF 2'014.10 mensuels, soit CHF 1'740.- comme salaire brut et CHF 274.10 charges employeur, de mai à septembre 2024 (*cf.* décision du 30 octobre 2024).

o. Le 5 février 2025, le bénéficiaire a transmis au SPC la fiche de salaire pour le mois de janvier 2025 en faveur de C_____, qui indiquait un salaire brut de CHF 4'970.- et un montant de CHF 1'024.40 au titre de charges employeur.

p. Par décision du 26 février 2025, le SPC a indiqué prendre en charge les frais de maladie à hauteur de CHF 5'257.97 au titre de « maintien à domicile - famille » pour la période de novembre 2024 au 31 janvier 2025. Le montant disponible pour le remboursement des frais médicaux pour l'année civile 2024 avait été épuisé de sorte que la participation du SPC était partielle pour les mois de novembre à décembre 2024, laissant un montant de CHF 2'075.- à charge du bénéficiaire. La participation du SPC pour le mois de janvier 2025 s'élevait à CHF 3'304.75 (CHF 2'740.- + CHF 564.75).

q. Par une autre décision du 26 février 2025, le SPC a refusé le remboursement des frais médicaux s'élevant à CHF 2'014.10 au titre de « maintien à domicile - famille » pour le mois d'octobre 2024.

r. Le 3 mars 2025, le bénéficiaire a transmis au SPC une fiche de salaire en faveur de C_____ pour le mois de février 2025 qui indiquait un salaire brut de CHF 4'970.- et CHF 1'024.40 de charges employeur.

s. Le 12 mars 2025, le bénéficiaire s'est opposé à la décision du 26 février 2025. La prise en charge partielle de ses frais de maintien à domicile aggravait considérablement sa situation financière et mettait en péril sa capacité à assumer les coûts liés à l'assistance nécessaire à sa vie quotidienne.

t. Le 1^{er} avril 2025, le bénéficiaire a transmis la fiche de salaire du mois de mars 2025 en faveur de C_____ qui indiquait un salaire brut de CHF 4'970.- et CHF 1'024.40 de charges employeur.

B. a. Par décision du 30 avril 2025, le SPC a fixé sa participation aux frais médicaux à CHF 6'609.50, correspondant aux frais de « maintien à domicile – famille » pour la période de février à mars 2025. La décision indiquait sous « montant présenté », pour la fin de traitement au 28 février 2025 ainsi que pour la fin de traitement au 31 mars 2025, les montants de CHF 2'740.- et CHF 564.75, et sous « montant total remboursé » étaient mentionnés les mêmes montants, à savoir CHF 2'740.- et CHF 564.75, pour les deux périodes de traitement précitées.

b. Le 26 mai 2025, le bénéficiaire a formé opposition auprès du SPC contre la décision du 30 avril 2025, demandant à ce dernier de la reconsidérer. Un an avant d'atteindre l'âge de la retraite, il avait été reconnu en incapacité totale de travail avec une rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) de 100%. À partir de 2018, son état s'était aggravé et il s'était retrouvé en état d'impotence de degré grave, nécessitant une assistance constante pour accomplir les gestes essentiels du quotidien. La décision contestée ne prenait en charge que partiellement les frais de maintien à domicile, ce qui avait de lourdes conséquences sur sa situation financière et compromettait gravement sa capacité à continuer de vivre à domicile dans des conditions dignes. Cette décision ne tenait pas compte des directives cantonales qui prévoyaient une couverture pouvant aller jusqu'à CHF 90'000.- par année civile pour les personnes en situation d'impotence de degré grave, ce qui était son cas. Si le SPC ne répondait pas favorablement à sa demande, il serait contraint de quitter son domicile et de déposer une demande d'intégration dans un établissement médico-social (ci-après : EMS), ce qu'il voulait vivement éviter.

c. Par décision du 16 juin 2025, le SPC a rejeté l'opposition du 12 mars 2025.

Les personnes au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave de l'AI ou de l'assurance accidents (ci-après : AA) pouvaient prétendre au remboursement des frais liés au maintien à domicile excédant le maximum de CHF 25'000.- admis par année civile après épuisement de l'allocation pour impotent selon le degré et les montants maximums prévus par les directives cantonales. Toutefois, ces règles s'appliquaient exceptionnellement dans le cas d'une allocation pour impotent de l'AVS qui avait succédé à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave (droit acquis). Dans la mesure où le bénéficiaire avait été mis au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré grave à compter du 1^{er} mai 2018, soit en âge AVS, il ne pouvait prétendre à un droit acquis avant l'âge de l'AVS.

d. Par décision du 10 juillet 2025, le SPC a rejeté l'opposition du 28 mai 2025, en réitérant les motifs invoqués dans la décision sur opposition du 16 juin 2025.

C. a. Par acte du 30 juillet 2025, le bénéficiaire a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) contre la décision précitée, concluant à son annulation et à ce que ses frais de maintien à domicile soient portés à hauteur de CHF 90'000.- par année civile. Il a contesté la

limitation de prise en charge de ses frais de maintien à domicile à hauteur de CHF 25'000.- par année pour tous types de frais médicaux. Il sollicitait la prise en charge complète de ces frais, estimant pouvoir bénéficier de la couverture allant jusqu'à CHF 90'000.- par année civile, dans la mesure où il se trouvait en situation d'impotence de degré grave. Quand bien même son allocation pour impotent avait formellement été accordée à partir de l'âge de l'AVS, son état d'impotence de degré grave était directement lié à son invalidité reconnue avant d'atteindre l'âge de l'AVS de sorte qu'il existait un lien de continuité avec son droit AI et son droit AVS qui ouvrait un droit à une application exceptionnelle des plafonds supérieurs prévus pour les cas de droit d'impotence de degré grave. En 2022, il avait sollicité la prise en charge de ses frais de maintien à domicile auprès de l'intimé et avait transmis l'ensemble des documents exigés, comprenant le contrat de travail de son employé ainsi que le cahier des charges correspondant. Toutefois, la décision querellée du SPC ne prévoyait qu'une prise en charge partielle plafonnée à CHF 25'000.- par année civile pour tous types de frais médicaux reconnus par la législation, ce qui était manifestement insuffisant au regard de ses frais effectifs annuels avoisinant les CHF 75'000.-, montant pourtant prévu par les directives cantonales pour les personnes reconnues en situation d'impotence de degré grave. Le refus de l'intimé avait pour conséquence de restreindre considérablement sa capacité à rester à domicile, dans des conditions dignes et adaptées à son état. Cette situation pourrait l'obliger à intégrer un EMS, entraînant des coûts bien plus élevés pour le canton et contre sa volonté de vivre à domicile aussi longtemps que possible.

À l'appui de son recours, le recourant a produit des documents, dont notamment une attestation médicale du 24 juillet 2025 du Dr D_____, indiquant que son patient nécessitait une aide à domicile pour 10 heures par jour afin de l'accompagner dans ses tâches et nécessités quotidiennes.

b. Par réponse du 1^{er} septembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, le recourant n'invoquant aucun argument susceptible de conduire à une appréciation différente du cas.

c. Le 16 octobre 2025, assisté d'un avocat, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions. S'il était vrai qu'il bénéficiait d'une allocation pour impotent uniquement depuis qu'il percevait une rente AVS, il n'en demeurait pas moins qu'il était établi que son degré d'impotence grave avait été reconnu déjà précédemment, lorsqu'il percevait une rente d'invalidité de 100%. Il bénéficiait ainsi déjà d'un droit à une allocation pour impotent de degré grave au moment où il percevait une rente AI et ce droit devait par conséquent être maintenu dès le moment où il avait perçu une rente AVS. Il apparaissait arbitraire d'opérer une distinction entre sa situation et celle d'assurés ayant déjà bénéficié d'une allocation pour impotent avant de percevoir une rente AVS puisque l'atteinte à la santé dont il souffrait n'était pas liée à son âge mais à une invalidité antérieure. Cette distinction le pénaliserait injustement puisqu'il aurait pu bénéficier d'une

allocation pour impotent dépassant le barème de CHF 25'000.- à l'époque où il percevait une rente AI. Il ne l'avait toutefois pas perçue dans la mesure où personne ne l'avait informé de ce droit. L'intimé aurait donc dû augmenter la prise en charge jusqu'à atteindre le plafond annuel de CHF 90'000.-.

d. Le 10 novembre 2025, l'intimé a persisté dans sa position.

EN DROIT

1.

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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89A et 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10] ; 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] ; art. 43 LPCC), le recours est recevable.

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

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références ; 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

2.2 En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 10 juillet 2025, l'intimé a rejeté l'opposition formée par le recourant contre sa décision du 30 avril 2025 relative à la prise en charge des frais médicaux, au titre de maintien à domicile, pour les mois de février et mars 2025.

La décision du 30 avril 2025 indique que les montants mensuels de CHF 2'740.- et CHF 564.75, présentés par le recourant pour les mois de février et mars 2025, ont été totalement remboursés. C'est cette période qui fait l'objet du litige.

Le recourant conteste ces montants, en faisant valoir que ceux-ci ne couvrent que partiellement ses frais médicaux. Il reproche à l'intimé d'avoir retenu un plafond annuel de CHF 25'000.- pour le remboursement de frais liés au maintien à domicile, alors qu'un plafond de CHF 90'000.- était applicable.

Au vu de ce qui précède, le présent litige porte sur le droit du recourant au remboursement de frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile à titre de prestations complémentaires au sens de l'art. 3 al. 1 let. b LPC pour les mois de février et mars 2025, singulièrement sur la question du montant maximal annuel applicable.

3.

3.1 En vertu de l'art. 3 LPC, les prestations complémentaires se composent : de la prestation complémentaire annuelle (al. 1 let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (al. 1 let. b). La prestation complémentaire annuelle est une prestation en espèce (art. 15 LPGA) ; le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est une prestation en nature (art. 14 LPGA ; al. 2).

3.2 Conformément à l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires, s'ils sont dûment établis (al. 1 let. b). 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 de prestations (al. 2). 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.- pour les personnes vivant à domicile qui sont seules ou veuves ou qui sont conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital (al. 3 let. a ch. 1). Pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents, le montant minimal fixé à l'al. 3 let. a ch. 1, s'élève à CHF 90'000.- lorsque l'impotence est grave, dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI. Le Conseil fédéral règle l'augmentation de ce montant pour les personnes dont l'impotence est moyenne ainsi que l'augmentation du montant pour les couples (al. 4). L'augmentation prévue à l'al. 4 subsiste pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS qui percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'AI (al. 5).

3.3 Selon les Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (ci-après : DPC) de l'OFAS, le montant du remboursement des frais de maladie et d'invalidité est limité. En sus de la PC annuelle, il peut atteindre au maximum les montants prévus par l'art. 14 al. 3 let. a et b LPC. Un remboursement plus élevé est possible si le canton le prévoit (ch. 5310.01 DPC).

Pour les personnes à domicile au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave, les montants selon les ch. 5310.01 sont augmentés conformément à l'art. 14 al. 4 LPC et à l'art. 19b de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301 ; ch. 5310.02 DPC).

L'augmentation selon le ch. 5310.02 intervient également lors de l'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS, si une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave a été versée précédemment (*cf.* art. 14 al. 5 LPC ; ch. 5310.03).

3.4 Il résulte des art. 14 al. 4 et 5 LPC que l'augmentation du montant minimal fixé à l'art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC est prévue, à certaines conditions, non seulement pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA, mais également pour celles qui bénéficient d'une allocation pour impotent de l'AVS à la condition toutefois qu'elles « percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'AI » (ATF 142 V 457 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 consid. 5.2.1). Dans cette éventualité, la teneur de l'art. 14 al. 5 LPC ne précise pas le degré d'impotence (faible, moyen ou grave) auquel doit correspondre l'allocation pour impotent octroyée auparavant par l'AI pour que ladite augmentation puisse être maintenue. Il convient d'examiner le sens de la norme au regard de son but et de la systématique légale (sur les méthodes d'interprétation de la loi par le Tribunal fédéral, ATF 140 V 227 consid. 3.2). L'augmentation en cause a été introduite au 1^{er} janvier 2004 (RO 2011 5659) dans le cadre de la 4^e révision de l'assurance-invalidité. Compte tenu d'un des buts principaux de cette révision, qui était d'encourager l'autonomie des personnes présentant un handicap avec un important besoin d'assistance et de soins et souhaitant vivre en dehors d'une institution stationnaire - notamment par l'introduction d'une contribution d'assistance -, le législateur a voulu améliorer la situation des personnes subissant des limitations en raison d'une invalidité ou d'un accident, mais non celle des personnes touchées (avant tout) par une impotence liée à l'âge. En ce sens, la réglementation de l'art. 14 al. 5 LPC comprend uniquement le maintien des droits acquis, lorsque l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité est remplacée par celle de l'AVS (ATF 142 V 457 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 consid. 5.2.1).

Vu la teneur de l'art. 14 al. 4 LPC et le renvoi de son al. 5 à l'alinéa précédent, il apparaît par ailleurs que la personne concernée doit avoir bénéficié d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave de l'AI lui ouvrant le droit à l'augmentation prévue par l'art. 14 al. 4 LPC, pour que la limite supérieure de remboursement puisse être maintenue une fois qu'elle a atteint l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse, et que l'allocation pour impotent est alors de ce fait versée par l'AVS. Seules les personnes au bénéfice (préalable) d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave de l'AI ouvrant le droit à l'augmentation du montant minimal fixé à l'art. 14 al. 3 LPC (art. 14 al. 4 LPC) continuent à en

bénéficiaire une fois qu'elles ont atteint l'âge de la retraite et que ladite allocation est désormais versée par l'assurance-vieillesse et survivants. C'est en ce sens que doivent être compris les termes « l'augmentation prévue à l'al. 4 subsiste » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 consid. 5.2.1).

Le législateur a volontairement fait du facteur temporel – à savoir le moment à partir duquel la personne concernée bénéficiait d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, soit avant d'atteindre l'âge de la retraite ou à un moment où une activité lucrative n'était en principe plus exercée – le critère décisif pour que soit accordée ou non l'augmentation du montant-limite de remboursement. Alors que l'impotence chez des personnes relativement jeunes constitue l'exception, les facultés de prendre soin de soi-même de manière indépendante baissent en règle générale avec l'avancement de l'âge et le besoin d'assistance augmente. Il s'agit donc d'un facteur de distinction justifié, de sorte que la règle de l'art. 14 al. 5 LPC est fondée sur un motif suffisant et ne constitue pas une inégalité de traitement admissible ou une discrimination (ATF 142 V 457 consid. 3.4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 consid. 5.2.2). Dans le cas de l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a conclu que, dans la mesure où le degré d'impotence de la recourante était passé de faible à moyen, puis à grave, après l'ouverture du droit à la rente de l'AVS, il ne pouvait être exclu que le facteur de l'âge ait eu une influence déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 consid. 5.2.2).

Ainsi, lorsque l'impotence est légère avant l'âge de la retraite AVS, ou lorsqu'elle n'est survenue qu'après cet âge, les plafonds de l'art. 14 al. 3 LPC sont applicables (Anjushka FRÜH, dans AHVG – IVG – ELG, *Kommentar zum AHVG, IVG, ELG und ATSG*, Zürich, 2025, n. 57 ad art. 14 LPC).

4.

4.1 Au niveau cantonal, selon l'art. 3 al. 4 LPCC, les bénéficiaires du revenu minimum cantonal d'aide sociale ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans les limites définies par la législation fédérale, mais seulement jusqu'à concurrence du solde non remboursé au titre des prestations complémentaires fédérales.

L'art. 3 al. 5 LPCC prévoit que le Conseil d'État est autorisé à mettre les bénéficiaires du revenu minimal cantonal d'aide sociale au bénéfice du remboursement d'autres frais de maladie ou d'invalidité que ceux reconnus au sens de la législation fédérale, tels que des frais de lunettes médicales ou de pédicure.

4.2 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. Ils répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements sont limités aux dépenses

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

Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC - J 4 20.04).

Le RFMPC s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI (art. 1 al. 1 RFMPC).

Selon l'art. 5 RFMPC, un droit au remboursement des frais au sens des art. 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'AVS, de l'AI, de l'AA 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'art. 14 al. 4 LPC, l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA est portée en déduction des frais, dûment établis, pour les soins et les tâches d'assistance au sens des art. 13 et 15 du présent règlement. Le remboursement ne peut toutefois être inférieur au montant maximal selon l'art. 2 al. 1 let. c LPFC (al. 2). Dans la mesure où l'assurance-maladie a pris en compte l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA 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). Dans les cas visés à l'art. 14 al. 5 LPC, les al. 2 et 3 du présent article sont applicables par analogie (al. 4).

L'art. 15 al. 2 RFMPC prévoit que les frais pour des soins et des tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile ne sont remboursés que si lesdits membres de la famille ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire.

Selon l'art. 15 al. 3 RFMPC, les directives fixent les conditions du remboursement.

4.3 Le département de la solidarité et de l'emploi du canton de Genève a adopté des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : DFM, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011).

Ces dernières prévoient notamment que les frais de maladie et d'invalidité (ci-après : FM) tels que les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile ou dans d'autres structures de jour ou de jour/nuit peuvent être remboursés si les conditions sont réalisées (art. 3 al. 1 let. b et 14 LPC et/ou art. 3 al. 4 LPCC ; ch. 1.1 DFM).

Le montant du remboursement des FM est limité. En sus de la PC annuelle, il peut atteindre au maximum les montants prévus par l'art. 2 al. 1 let. c LPFC, renvoyant à l'art. 14 al. 3 LPC et dans les limites mentionnées à l'art. 3 al. 4 LPCC (ch. 2.1 DFM). Pour les personnes à domicile au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave, les montants selon le ch. 2.1 sont augmentés conformément à l'art. 14 al. 4 LPC et à l'art. 19b OPC (ch. 2.2 DFM).

L'augmentation selon le ch. 2.2 ci-dessus intervient également lors de l'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS, si une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave a été versée précédemment voir art. 14 al. 5 LPC ; ch. 2.3 DFM).

Le chapitre 4 des DMF (ch. 4.1 et ss) règle la coordination et prise en compte de l'allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI et de l'AA (art. 5 RFMPC).

Selon le ch. 4.2 DFM, le remboursement des frais se déroule en trois étapes pour une personne seule au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave : 1. au début de l'année civile, un montant de CHF 25'000.- est disponible, pour le remboursement de tous types de FM reconnus par la législation ; 2. lorsque le montant de CHF 25'000.- est épuisé, seuls des frais liés au maintien à domicile peuvent être présentés. Cependant, l'allocation pour impotent devant être utilisée en priorité pour couvrir ces frais, son montant total est converti en franchise. Les frais seront comptabilisés, mais ne seront pas remboursés, jusqu'à concurrence du montant de l'allocation pour impotent de degré moyen ou grave ; 3. lorsque le montant des frais présentés dépasse le montant de l'allocation pour impotent de degré moyen ou grave, le montant disponible pour le remboursement des frais est relevé de CHF 35'000.- pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen, respectivement de CHF 65'000.- en cas d'allocation pour impotent de degré grave. Au total, c'est une somme de CHF 60'000.- (allocation pour impotent de degré moyen), respectivement de CHF 90'000.- (allocation pour impotent de degré grave), qui peut être versée par année civile, dans l'exemple précité.

L'augmentation du montant selon le ch 2.2 ci-dessus n'est destinée qu'au remboursement des frais de soins et d'assistance au sens des art. 13 et 15 RFMPC (ch. 4.4 DFM).

Les ch. 4.1 à 4.4 s'appliquent également dans le cas d'une allocation pour impotent de l'AVS qui a succédé à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave (ch. 4.6 DFM).

Les frais de maintien à domicile au sens de l'art. 15 RFMPC sont réglés aux ch. 7.43 et ss DFM. Plus précisément, les frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille au sens de l'art. 15 al. 2 RFMPC sont réglés au ch. 7.46 ss DFM.

S'agissant du remboursement des frais de maintien à domicile, pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, le

remboursement des frais intervient en trois étapes, de la manière suivante : 1. au début de chaque année civile, tous les FM reconnus par la législation sont remboursés, à concurrence du montant disponible au sens de l'art. 14 al. 3 let. a LPC ; 2. lorsque le montant disponible selon les chiffre 1 ci-dessus est épuisé, les frais liés au maintien à domicile peuvent être présentés au SPC et ils sont enregistrés sans remboursement jusqu'à ce qu'ils atteignent le montant annuel de l'allocation pour impotent ; 3. la part de frais de maintien à domicile qui dépasse le montant disponible au sens du chiffre 1 ci-dessus et supérieure au montant annuel de l'allocation pour impotent, est remboursée, à concurrence des montants prévus aux art. 14 al. 4 LPC et 19b OPC. Les montants prévus aux articles précités correspondent au maximum pouvant être versé, par année civile, pour des prestations de maintien à domicile (ch. 7.47 DFM).

4.4 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.

5.1 En l'espèce, dans la décision entreprise, l'intimé a octroyé le remboursement des frais de maintien à domicile à hauteur de CHF 6'609.50 pour les mois de février et mars 2025, soit CHF 3'304.75 (CHF 2'740.- comme salaire brut et CHF 564.75 pour les charges employeur) pour chaque mois.

Le recourant conteste ces montants. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir appliqué une limite annuelle de remboursement des frais médicaux de CHF 90'000.-, conformément au ch. 4.2 DFM.

5.2 En l'occurrence, dès lors que le recourant conteste uniquement le plafond annuel de CHF 25'000.- appliqué par l'intimé au titre de remboursement des frais médicaux, la chambre de céans se limitera à examiner cette question.

Il est tout d'abord relevé qu'il n'est pas contesté par les parties que le salaire mensuel de C_____, en sa qualité d'aide à domicile du recourant, constitue des frais d'aide, de soins et d'assistance au sens des art. 14 al. 1 let. b LPC et 15 RFMPC en lien avec les chiffres 1.1 et 7.46 DFM).

Il est également constant que l'intimé a reconnu au recourant le droit au remboursement de ses frais d'assistance, à compter du mois de décembre 2021 (*cf.* décision du 13 juillet 2022), jusqu'à concurrence d'un montant annuel de CHF 25'000.- (*cf.* décision sur opposition du 10 juillet 2025).

5.3 La chambre de céans constate que, contrairement à ce que prétend le recourant, il n'entre pas dans la catégorie de personnes pouvant prétendre à une augmentation des remboursements de frais de soins et d'assistance au sens de l'art. 14 al. 4 et 5 LPC.

En effet, il sied de rappeler que le recourant a atteint l'âge de la retraite le 16 janvier 2007. Il ressort du dossier, sans être contesté par le recourant, que celui-ci a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité à compter du mois de mai 2004. Celle-ci s'est transformée en une rente de vieillesse à compter du mois de février 2007, une fois l'âge de référence atteint. Ce n'est que depuis le mois de mai 2018 que le recourant bénéficie d'une allocation pour impotent de degré grave. En conséquence, avant d'atteindre l'âge de la retraite donnant droit à la rente de vieillesse, le recourant ne percevait pas d'allocation pour impotent de degré moyen ou grave de la part de l'AI. Dès lors, il ne remplit pas les conditions légales pour bénéficier de l'augmentation du montant minimal des frais remboursables au sens de l'art. 14 al. 4 et 5 LPC.

Cette condition ressort également des directives cantonales (DFM) qui précisent que le plafond de CHF 90'000.- ne s'applique que dans le cadre d'une allocation pour impotent de l'AVS succédant à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave (ch. 4.2 et 4.6 DFM), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

5.4 L'on ne saurait suivre le raisonnement du recourant selon lequel son degré d'impotence grave avait été reconnu lorsqu'il percevait une rente d'invalidité de 100% (*cf.* observations du 16 octobre 2025).

L'impotence au sens de l'art. 9 LPGA diffère de l'invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. En effet, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (*cf.* art. 8 LPGA). Est réputée impotence toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (*cf.* art. 9 LPGA). Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes pour lesquels l'aide

d'autrui est nécessaire (*cf.* art. 37 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (*cf.* art. 37 al. 1 RAI).

Il en découle que le fait que le recourant bénéficiait déjà d'une rente entière d'invalidité avant l'âge de la retraite ne signifie pas pour autant qu'il pouvait prétendre à une allocation pour impotence de degré grave. Le droit à une rente d'invalidité repose sur l'existence d'une incapacité de gain durable, qui a été reconnue au recourant, tandis que l'allocation pour impotent vise à compenser le besoin d'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou la nécessité d'une surveillance personnelle. Si l'incapacité de gain durable a certes été reconnue avant l'âge de la retraite dans le cas du recourant, aucun élément n'indique qu'il en va de même en ce qui concerne son impotence de degré grave, voire même moyen. Ces deux notions sont distinctes et le fait de bénéficier d'une rente d'invalidité n'implique pas l'existence d'une impotence.

5.5 L'argument du recourant selon lequel son atteinte ne serait pas liée à son âge mais à une invalidité antérieure ne convainc pas non plus.

Au vu de l'octroi de l'allocation pour impotent de degré grave en 2018, soit plus de onze ans après l'âge de référence, il ne saurait être exclu que l'atteinte à l'origine de cette allocation soit liée à son âge. En tout état de cause, le recourant n'amène aucun élément probant propre à remettre en cause cette appréciation.

En outre, le fait qu'il n'ait pas su qu'il pouvait bénéficier d'une allocation pour impotent au moment où il a été mis au bénéfice d'une rente AI n'y change rien. En effet, l'ignorance d'un droit éventuel ne permet pas de fonder rétroactivement un droit à des prestations. Seule est déterminante l'existence d'une impotence de degré grave avant l'âge de la retraite, ce qui n'est pas établi en l'espèce.

5.6 Le recourant fait également valoir que la distinction opérée entre sa situation avec celle d'assurés ayant déjà bénéficié d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave avant de percevoir une rente AVS est arbitraire et le pénaliserait injustement.

Cet argument ne saurait non plus être suivi. Comme mentionné ci-dessus, le Tribunal fédéral a retenu qu'une telle distinction basée sur le facteur temporel était spécifiquement voulue par le législateur et était justifiée. En effet, le critère décisif pour que soit accordée ou non l'augmentation du montant-limite de remboursement correspond à l'âge de la retraite, dès lors que les facultés de prendre soin de soi-même de manière indépendante baissent en principe avec l'avancement de l'âge et le besoin d'assistance augmente (*cf.* ATF 142 V 457 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2017 du 27 octobre 2017 susmentionnés). Cette distinction est dès lors justifiée et ne constitue pas une inégalité de traitement. En

outre, il sied de rappeler que, dans le cas du recourant, dans la mesure où il a bénéficié d'une allocation pour impotence de degré grave à compter de mai 2018, soit plus de onze ans après l'âge de la retraite, on ne peut exclure que le facteur de l'âge ait eu une influence déterminante.

5.7 Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a retenu un plafond de CHF 25'000.- et, partant qu'il a limité le remboursement des montants de frais de maintien à domicile des mois de février et mars 2025.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À 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). 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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