RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/797/2021 **ATAS/31/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 janvier 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LES ACACIAS, représentée par Madame B_____	recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENÈVE	intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1934, est au bénéfice de prestations complémentaires servies par le service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC).

b. Le 15 octobre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son médecin, le docteur C_____, urologue, a formé une demande de prestations auprès de l'Institution de maintien à domicile (IMAD). Il était précisé que l'assurée nécessitait des soins infirmiers (lavage-toilette) deux fois par semaine en raison d'une incontinence.

c. Le 2 octobre 2019, l'assurée a résilié avec effet immédiat les services de l'IMAD.

B. **a.** Par courrier du 3 janvier 2020 adressé au SPC, l'assurée a soumis une demande de remboursement portant notamment sur :

- Un décompte de prestations de sa caisse-maladie Helsana (ci-après : la caisse) du 19 octobre 2019 portant sur une facture des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 23 août 2019, dont le montant de CHF 299.70 était à la charge de l'assurée et deux factures de la pharmacie Populaire du 10 octobre 2019, dont les montants de CHF 4.50 et de CHF 21.20 étaient à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 12 octobre 2019 portant sur une facture de la pharmacie Amavita du 18 septembre 2019, dont le montant de CHF 9.55 était à la charge de l'assurée et une facture de la pharmacie Populaire du 1er octobre 2019, dont le montant de CHF 14.60 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 20 septembre 2019 portant sur une facture de l'IMAD du 31 juillet 2019, dont le montant de CHF 37.15 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 20 juillet 2019 portant sur une facture de la pharmacie Populaire du 8 juillet 2019, dont le montant de CHF 7.65 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 3 août 2019 portant sur une facture de la pharmacie Populaire du 24 juillet 2019, dont le montant de CHF 23.60 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 6 juillet 2019 portant sur une facture de la pharmacie Amavita du 11 juin 2019, dont le montant de CHF 19.70 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 22 juin 2019 portant sur une facture de la pharmacie Amavita du 29 mai 2019, dont le montant de CHF 6.15 était à la charge de l'assurée ;

- Un décompte de prestations de la caisse du 24 août 2019 portant sur une facture du docteur D_____ du 29 juillet 2019, dont le montant de CHF 33.95 était à la charge de l'assurée, une facture de la pharmacie Amavita du 30 juillet 2019, dont le montant de CHF 5.30 était à la charge de l'assurée et deux factures de la pharmacie Populaire du 12 août 2019, dont les montants de CHF 8.80 et de CHF 5.55 étaient à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 16 août 2019 portant sur deux factures de la pharmacie Amavita des 22 juillet 2019 et 26 juillet 2019, dont les montants de CHF 6.45 et CHF 3.20 étaient à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 19 avril 2019 portant sur une facture de la pharmacie Populaire du 19 mars 2019, dont le montant de CHF 3.15 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 16 septembre 2019 portant sur une facture de l'IMAD du 12 août 2019, dont le montant de CHF 30.- était à la charge de l'assurée et une facture du docteur E_____, dont le montant de CHF 2.85 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 5 octobre 2019 portant sur une facture de la pharmacie Amavita du 13 septembre 2019, dont le montant de CHF 3.20 était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 23 novembre 2019 portant sur une facture des HUG du 30 septembre 2019, dont le montant de CHF 75.- était à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 24 mai 2019 portant sur deux factures de la pharmacie Amavita du 3 mai 2019, dont les montants de CHF 6.15 et CHF 4.75 étaient à la charge de l'assurée ;
- Un décompte de prestations de la caisse du 13 juillet 2019 portant sur une facture de l'Institut médico-chirurgical de Champel du 3 décembre 2018, dont le montant de CHF 41.85 était à la charge de l'assurée et une facture du Dr E_____, dont le montant de CHF 7.95 était à la charge de l'assurée.

Il ressortait par ailleurs des pièces fournies par l'assurée que la caisse avait pris en charge des factures de l'organisation de soins à domicile KeyCare, appelée aussi Key Placement Sàrl (ci-après : KeyCare) pour des prestations fournies les 29 octobre 2019 (« aide à domicile aigu ») et 30 octobre 2019 (Spitex soins de base ; cf. décomptes de prestations de la caisse des 23 novembre 2019 et 13 décembre 2019).

b. Par courriers des 8 mai 2020 et 13 juillet 2020, l'assurée a à nouveau transmis au SPC sa demande du 3 janvier 2020, restée sans réponse.

c. Le 12 mai 2020, le SPC a reçu un décompte de prestations de la caisse du 21 mars 2020, attestant de ce que la caisse avait pris en charge une facture de

KeyCare du 28 février 2020 à hauteur de CHF 402.15 (sur une facture de CHF 447.15), la participation de l'assurée s'élevant à CHF 44.70.

Par décision du 21 juillet 2020, le SPC a pris en charge le montant de CHF 44.70 facturé à l'assurée.

C. **a.** Le 13 juillet 2020, l'assurée a transmis au SPC un décompte de prestations du 19 juin 2020, attestant de ce que la caisse n'avait pas participé aux factures de KeyCare des 30 décembre 2019 (pour un montant de CHF 104.-), 24 décembre 2019 (pour un montant de CHF 336.- à titre d'« aide à domicile aigu »), 31 janvier 2020 (pour un montant de CHF 96.-), 28 janvier 2020 (pour un montant de CHF 336.- à titre d'« aide à domicile aigu »), 28 février 2020 (pour un montant de CHF 96.-), 25 février 2020 (pour un montant de CHF 336.- à titre d'« aide à domicile aigu »), 27 mars 2020 (pour un montant de CHF 96.-), 24 mars 2020 (pour un montant de CHF 336.- à titre d'« aide à domicile aigu »), 30 avril 2020 (pour un montant de CHF 104.-), 28 avril 2020 (pour un montant de CHF 308.- à titre d'« aide à domicile aigu »).

Par décision du 1er octobre 2020, le SPC a refusé de prendre en charge ces frais.

b. Le 6 août 2020, l'assurée a transmis au SPC un décompte de prestations du 25 juillet 2020, attestant de ce que la caisse n'avait pas participé à deux factures de KeyCare des 27 mai 2020 (pour un montant de CHF 88.-) et 26 mai 2020 (pour un montant de CHF 252.- à titre d'« aide à domicile aigu »). Elle n'avait pas non plus participé à une facture de la pharmacie Amavita du 30 juin 2020 de CHF 31.60 concernant des produits absorbants et articles hygiéniques.

Par décision du 9 septembre 2020, le SPC a refusé de prendre en charge ces frais.

c. Le 14 septembre 2020, l'assurée a transmis au SPC un décompte de prestations du 22 août 2020, attestant de ce que la caisse n'avait pas participé à la facture du 24 mai 2020 de SOS-Médecins Cité Calvin SA de CHF 282.50, au motif que dite facture avait déjà été traitée par la caisse, ainsi qu'un décompte de prestations du 29 août 2020, attestant de ce que la caisse n'avait pas participé à deux factures de la pharmacie Amavita portant sur des produits absorbants et articles hygiéniques, datant des 15 août 2020 (pour un montant de CHF 158.-) et 5 août 2020 (pour un montant de CHF 63.80).

Par décision du 11 novembre 2020, le SPC a refusé de prendre en charge ces trois factures.

d. Le 9 octobre 2020, l'assurée s'est opposée aux décisions du SPC du 9 septembre et du 1er octobre 2020. Elle a souligné que ses ressources ne lui permettaient pas de payer ses soins à domicile, dont le SPC refusait la prise en charge depuis octobre 2019.

L'assurée s'est également opposée à la décision du SPC du 11 novembre 2020 par courrier du 7 décembre suivant. Elle a relevé que dite décision ne mentionnait pas

les « raisons des factures », et n'indiquait pas la base légale justifiant le refus de remboursement.

e. Par décision sur oppositions du 28 janvier 2021, le SPC a rejeté les oppositions de l'assurée soulevées à l'encontre de ses décisions du 9 septembre, du 1er octobre et du 11 novembre 2020.

S'agissant des frais non remboursés selon la décision du 9 septembre 2020, il ressortait du décompte de prestations de la caisse du 25 juillet 2020 que les montants de CHF 88.- et de CHF 252.- n'étaient pas reconnus par l'assurance obligatoire des soins, et le montant de CHF 31.60 relevait de produits hygiéniques qui n'étaient pas pris en charge par l'assurance-maladie.

S'agissant de la décision du 1er octobre 2020, les factures de CHF 104.-, CHF 336.- et CHF 96.- n'étaient pas reconnues par l'assurance-maladie selon le décompte de prestations de la caisse du 19 juin 2020.

S'agissant de la décision du 11 novembre 2020, il ressortait du décompte de prestations de la caisse du 29 août 2020 que les factures de CHF 158.- et de CHF 63.80 portaient sur des produits hygiéniques non pris en charge par l'assurance-maladie. Quant au montant de CHF 282.50, il n'était pas reconnu par l'assurance-maladie, car il s'agissait d'une facture déjà traitée (double paiement), selon le décompte de prestations de la caisse du 22 août 2020.

Le SPC a ajouté qu'il n'entrait pas en matière sur le remboursement de frais d'aide au ménage sans avoir préalablement reçu un certificat médical précisant le besoin. Une fois en possession de ce document, il procédait à une expertise du besoin par le biais de l'IMAD. De plus, l'aide au ménage n'était remboursée que sur présentation de factures. Partant, les frais d'aide au ménage mentionnés sur des décomptes d'assurance ne pouvaient être remboursés. Le SPC a invité l'assurée à lui adresser un certificat médical spécifiant ses besoins afin d'obtenir le remboursement des frais médicaux à l'avenir.

f. Le 4 mars 2021, le SPC a reçu un certificat du docteur F_____ du 25 février 2021, faisant état « d'un besoin d'aide au ménage et à la toilette », prescrits par ses soins depuis janvier 2020.

D. **a.** Par acte du 2 mars 2021, l'assurée, représentée par sa fille, a interjeté recours contre la décision du SPC du 28 janvier 2021. S'agissant de la recevabilité, elle a relevé que le délai de garde était arrivé à échéance le 5 février 2021, de sorte qu'il avait été interjeté en temps utile. L'assurée a également contesté l'absence de décision quant aux nombreux justificatifs de frais de soins à domicile et frais de ménage transmis au SPC depuis septembre 2019.

b. Dans sa réponse du 29 mars 2021, le SPC a conclu au rejet du recours. Il a affirmé qu'il « entamera[it] prochainement les démarches consécutives à la réception du certificat du Dr F_____ » s'agissant des demandes en cours de l'assurée. Une instruction complémentaire serait probablement nécessaire pour

l'aide à domicile. Il a soutenu n'avait reçu aucune facture de l'IMAD en lien avec la demande de prestations formulée auprès de cette institution en date du 15 octobre 2018, laquelle avait été reçue au SPC le 4 mars 2021.

c. Par écriture du 31 mars 2021, l'assurée a précisé qu'elle avait transmis au SPC une demande s'agissant des frais d'aide au ménage par le biais du Dr C_____ le 15 octobre 2018. Ce document était en possession de l'intimé, qui avait pris en charge les frais de soins à domicile et ménage par l'IMAD. Cette organisation ne lui donnant pas satisfaction, elle lui avait préféré les services de KeyCare, dont les coûts s'élevaient à CHF 4'455.50 de novembre 2019 à janvier 2021, et dont toutes les factures envoyées à l'intimé étaient restées impayées. Elle a précisé qu'elle avait fait opposition ce jour à la nouvelle décision du 1er mars 2021 de l'intimé.

Les pièces suivantes étaient notamment jointes à son recours :

- Un certificat du Dr C_____ du 26 mars 2021, attestant que l'assurée nécessitait des soins infirmiers comprenant lavage et toilette deux fois par semaine en raison de son incontinence depuis le 15 octobre 2018 ;
- Un récapitulatif établi par KeyCare le 4 mars 2021 portant sur les prestations dispensées de novembre 2019 à janvier 2021, s'élevant au total à CHF 12'349.05, dont CHF 5'567.50 étaient à charge de l'assurée.

d. Par écriture du 16 avril 2021, le SPC a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le certificat médical du Dr C_____ du 15 octobre 2018 attestant d'un besoin d'aide à domicile ne lui avait pas été transmis. Il a répété qu'il n'avait reçu aucune facture relative à la demande formulée auprès de l'IMAD. Les démarches nécessaires à la demande d'aide au ménage étaient en cours à la suite de la réception du certificat du Dr F_____.

e. Invitée par la chambre de céans à se déterminer sur les observations de l'intimé, notamment s'agissant du certificat du Dr C_____ d'octobre 2018, l'assurée a produit dans son écriture du 22 avril 2021 plusieurs échanges de correspondances avec l'intimé postérieures à son recours, portant sur la mesure d'instruction confiée à l'IMAD.

f. Le 25 août 2021, l'assurée a notamment produit un courrier du SPC du 28 juillet 2021 selon lequel l'assurée n'avait pas donné suite à sa demande de prise de rendez-vous en vue d'une évaluation de son aide au ménage, de sorte que son dossier était classé sans autre.

g. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé.

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 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.

2. La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021. Cette novelle 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.

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

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

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 attaqué (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).

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.

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.

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

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).

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).

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 atermoiements sont d'autant moins acceptables qu'ils peuvent mettre en péril les moyens d'existence de la recourante.

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.

5.

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.

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).

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).

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

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).

6.

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).

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).

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

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).

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).

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

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.

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 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. Quoi qu'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). Quoi qu'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).

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).

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.

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

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

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).

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.

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. f^{bis} LPGA).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Invite l'intimé à rendre une décision dans les meilleurs délais sur la demande de remboursement formée par la recourante le 3 janvier 2020.
4. Annule la décision sur oppositions du 28 janvier 2021 en tant qu'elle confirme :
   - la décision du SPC du 1er octobre 2020 de refus de prendre en charge les factures 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 et 28 avril 2020 ;
   - la décision du SPC du 9 septembre 2020 de refus de prendre en charge les factures des 27 mai 2020 et 26 mai 2020.
5. La confirme pour le surplus.
6. Renvoie la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de compléter l'instruction et rendre une nouvelle décision au sens des considérants.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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