

FR_GERICHTE 608 2013 75 vom 27. Juli 2015

FR Kantonsgericht, 2015-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_75

FR: FR_GERICHTE 608 2013 75 du 27 juillet 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 75 del 27 luglio 2015

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Ergänzungsleistungen

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée et dûment représentée par son fils, le recours est recevable, sous réserve de ce qui suit.

E. 2

Dans le cadre de ses contres-observations du 8 juillet 2013, la recourante se plaint notamment de ne pas avoir été mise au bénéfice d'un montant pour les frais d'accompagnement pour l'année 2013. a) Selon l'art. 23 al. 1 de la loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS; RSF 834.2.1), les pouvoirs publics participent à titre subsidiaire aux frais de l'accompagnement selon les dispositions applicables en matière de calcul des prestations complémentaires. Le règlement d'exécution fixe la procédure de la demande de participation (art. 24 al. 5 LEMS). Selon l'art. 24 du Règlement du 4 décembre 2001 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (REMS; RSF 834.2.11), les décisions relatives à la participation aux frais d'accompagnement sont sujettes à réclamation auprès de la Caisse AVS, dans les trente jours dès leur communication. La réclamation est écrite; elle est brièvement motivée et contient les conclusions du réclamant ou de la réclamante. La réclamation peut aussi être consignée dans un procès-verbal que le réclamant ou la réclamante doit signer lors d'un entretien personnel (al. 1). Les décisions sur réclamation peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal (al. 2). L'art 79 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1] prescrit que le délai de recours est de trente jours (al. 1). Les délais spéciaux prévus par le droit cantonal ou fédéral sont réservés (al. 3). b) En procédure contentieuse, l'objet du litige est défini par trois éléments: l'objet du recours, les conclusions du recours et, accessoirement, les motifs de celui-ci. La décision attaquée délimite l'objet du litige. En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 peut statuer que sur les prétentions ou les rapports juridiques sur lesquels l'autorité inférieure s'est déjà prononcée ou aurait dû le faire. Par conséquent, le recourant qui attaque une décision ne peut en principe pas présenter de conclusions nouvelles ou plus amples devant l'instance de recours, c'est-à-dire des conclusions qu'il n'a pas formulées dans les phases antérieures de la procédure et qui excèdent l'objet du litige (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 1998, reproduit in: RDAF 1999 1 254, consid. 4b/cc. Voir aussi BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, Berne

2000, p. 390 s.; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e éd., Zurich 2013, n. 686 ss, p. 243 s.). En procédure administrative fribourgeoise, l'art 81 al. 3 CPJA énonce que, dans son mémoire, le recourant ne peut pas prendre des conclusions qui sortent du cadre des questions qui ont été l'objet de la procédure antérieure. c) En l'espèce, le 9 avril 2013, l'autorité intimée a rendu deux décisions distinctes. La première est en relation avec les prestations complémentaires au sens de la loi fédérale du

E. 6

octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC; RS 831.30). La seconde est, quant à elle, en relation avec la participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement au sens des art. 22ss LEMS et 19ss du REMS. Or, l'assurée ne s'est expressément opposée qu'à la décision du 9 avril 2013 "concernant le droit à des prestations complémentaires AVS de 267 francs par mois". Dans sa décision sur opposition du 8 mai 2013, l'autorité intimée ne s'est prononcée que sur les points traités dans la décision relative à l'octroi de prestations complémentaires. Elle n'a, par contre, dit mot des points figurant dans la décision relative au refus de participer aux frais d'accompagnement. Cette seconde décision n'ayant pas fait l'objet d'une procédure d'opposition, elle est entrée en force. Partant, les conclusions relatives à l'octroi, à titre de complément, de montants pour les frais d'accompagnement sortent du cadre du litige déterminé par la décision litigieuse et sont, par conséquent, irrecevables. 3. La recourante demande aussi la prise en compte du 10% de prestations médicales – en raison de la franchise à rembourser à l'assureur-maladie – et des éventuels "frais médicaux et dentaires [qui] ne seront sans doute pas entièrement remboursés", dont les montants ne sont pas explicités. a) La LPC distingue, en plus de la prestation complémentaire annuelle au sens de l'art. 3 al. 1 let. a LPC, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Ceux-ci ne sont pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais font l'objet d'un remboursement séparé (ATF 140 V 433 consid. 4.4.1). Selon l'art. 14 al. 1 LPC, 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 (let. a); frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b); frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c); frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d); frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e); frais de moyens auxiliaires (let. f); frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g). L'al. 2 ajoute que les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. A Fribourg, les montants maximaux remboursés correspondent à ceux figurant à l'art. 14 al. 3 à 5 LPC (cf. art. 2 al. 1 de l'ordonnance du 6 septembre 2010 relative au remboursement des frais

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires [OMPCF; RSF 841.3.21]). Pour une personne vivant dans un home ou un hôpital, cela correspond à un montant annuel de 6'000 francs (cf. art. 14 al. 3 LPC). b) Lorsque la recourante requiert que ses frais de maladie et de traitement dentaire soient pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire, elle oublie que ces frais sont remboursés, pour autant que dûment établis, dans le cadre d'une procédure séparée. Partant, ils n'ont pas à être pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires. En outre,

dans la mesure où ces frais allégués ne sont pas déterminés, leur prise en compte reviendrait à faire supporter des dépenses hypothétiques par le régime des prestations complémentaires, ce qui n'est pas admissible (cf. arrêt du Tribunal fédéral P 58/05 du 9 octobre 2006 consid. 6). Quoiqu'il en soit, le remboursement des frais de maladie et de traitement dentaire ne sont pas l'objet de la décision attaquée. En effet, dans sa décision sur opposition du 8 mai 2013, l'autorité intimée ne s'est prononcée que sur l'octroi de prestations complémentaires. Au vu de l'ensemble qui précède (consid. 2 et 3), ce grief est, à ce titre, irrecevable. La recourante peut – preuves à l'appui – déposer une demande quant au remboursement de ces frais. C'est ce qu'elle a par ailleurs fait s'agissant de certains frais dentaires (cf. arrêt du Tribunal cantonal 608 2013 176 du 10 février 2014).

4. a) Selon l'art. 4 al. 1 let. a LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires dès lors qu'elles perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Les prestations complémentaires assurées consistent en l'octroi d'une prestation complémentaire annuelle ainsi qu'en un remboursement des frais de maladie et d'invalidité (Hardy LANDOLT, *Pflegekosten und Ergänzungsleistungen, Pfleregerecht* 2013 S. 218).

b) Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond, en vertu de l'art. 9 al. 1 LPC, à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. L'art. 10 al. 2 LPC fixe les dépenses reconnues pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital. Elles comprennent la taxe journalière; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale (let. a); un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b). En outre, selon l'art. 10 al. 3 LPC, sont reconnus comme dépenses, pour toutes les personnes: les frais d'obtention du revenu, jusqu'à concurrence du revenu brut de l'activité lucrative (let. a); les frais d'entretien des bâtiments et les intérêts hypothécaires, jusqu'à concurrence du rendement brut de l'immeuble (let. b); les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie (let. c); le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins; il doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise) (let. d); les pensions alimentaires versées en vertu du droit de la famille (let. e). Le législateur fribourgeois a délégué au Conseil d'Etat la compétence de limiter les frais à prendre en considération en raison du séjour dans un établissement médico-social (cf. art. 2 let. a et b de la loi du 16 novembre 2005 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité [ci-après: la LPC-FR; RSF 841.3.1]). Cette compétence a été utilisée dans

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 le cadre de l'arrêté du 19 mars 1971 d'exécution de la loi du 16 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, modifiée par celle du

E. 11

novembre 1970 (ci-après: l'Arrêté; RSF 841.3.11). L'art. 5quater al. 1 let. a de l'Arrêté, prescrit que les taxes journalières sont prises en considération jusqu'à concurrence des maxima suivants: Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS): 160 francs. L'art. 5quater al. 2 let. a de l'Arrêté ajoute que, dans les limites maximales fixées ci-avant, les critères suivants sont également applicables: pour les EMS reconnus au sens de l'article

5 LEMS les frais de pension sont admis jusqu'à concurrence d'une taxe journalière de référence s'élevant à 103 francs pour l'ensemble des niveaux de soins. Les frais d'accompagnement sont pris en considération jusqu'à concurrence du montant fixé selon les critères définis à l'article 22 LEMS. c) L'autorisation donnée aux cantons de fixer une limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital, prévue à l'art. 10 al. 2 let. a LPC, a trait exclusivement à une norme de calcul de la prestation complémentaire, mais non au financement des homes ou aux rapports de droit privé entre les homes et leurs pensionnaires (ATF 138 II 204 consid. 7.4.1). Les frais de home doivent par essence englober la totalité des prestations d'aide et de soin qui interviennent régulièrement. La taxe journalière doit par conséquent couvrir l'ensemble des coûts récurrents pour l'hébergement et l'alimentation, de même que ceux pour les soins et l'accompagnement. Si la taxe journalière maximale fixée par le canton à l'égard des pensionnaires de home a déjà été prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires, des frais de soins supplémentaires facturés ne sauraient être mis à charge des prestations complémentaires (Urs MÜLLER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ELG, 3e éd., Zurich Bale Genève 2015, n° 201 ad art. 10 et les références; cf. ég. Ralph JÖHL, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, SBVR/Band XIV, 2. éd., Bâle Genève Zurich 2007, p. 1708 n° 106). Le législateur fédéral a prévu que les cantons doivent, en fixant une taxe de séjour maximale imputable, veiller en règle générale à ce que le séjour dans un EMS reconnu ne mène pas à une dépendance à l'aide sociale. La LPC ne prescrit toutefois pas de quelle manière les cantons doivent empêcher la survenance d'une situation de dépendance. Il faut donc admettre que ceux-ci disposent d'une marge d'appréciation en la matière. Par ailleurs, quoique la LPC ne puisse servir de base pour limiter les tarifs praticables dans les EMS privés, il n'est pas interdit par principe aux cantons d'imposer des contraintes tarifaires ou autres en se fondant sur leur propre législation, l'octroi de subventions et/ou la conclusion de contrats de prestations avec les établissements. A l'intérêt des pensionnaires de ne pas tomber à la charge de l'assistance publique s'ajoute celui des cantons à pouvoir "verser des prestations pour des besoins reconnus", sans devoir "prendre en compte des frais surfaits d'établissements non reconnus". La LPC ne poursuit ainsi pas l'objectif, s'agissant du financement du séjour en établissement médico-social, de garantir au résident un séjour dans un EMS de standing élevé, voire luxueux. Compte tenu de l'évolution des coûts dans les EMS, une partie de la doctrine a d'ailleurs rappelé que la fonction originelle de la LPC consiste à garantir le minimum d'existence pour les personnes démunies, et non de financer des frais de pension plus étendus (ATF 138 II 191 consid. 5.5.1 et 5.5.2 et les références). Les prestations complémentaires ont été adaptées pour préserver le minimum d'existence des bénéficiaires de rentes AVS ou AI sans qu'ils doivent faire appel à l'aide sociale; avec elles, les besoins fondamentaux doivent être couverts. A ce titre, il n'existe pas de droit à l'indemnisation de tous les frais effectifs (Urs MÜLLER, n° 208 ad art. 10 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 d) S'agissant ensuite du montant laissé à la libre disposition des pensionnaires au sens de l'art. 10 al. 2 let. b LPC, l'art. 5ter de l'Arrêté prescrit que celui-ci est fixé à 320 francs par mois et par personne. Ce montant comprend l'argent de poche et d'autres dépenses encore (tels que vêtements, articles d'hygiène, journaux, impôts, etc.) (cf. Directives de l'OFAS concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, n° 3330.01ss). Dans le cas de personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, le montant consacré aux dépenses personnelles prévu par l'art. 10 al. 2 let. b LPC fait pendant aux montants destinés à la couverture des besoins vitaux prévu à l'art. 10 al. 1 let. a LPC, qui

font partie des dépenses reconnues des personnes vivant à domicile. A l'inverse des montants forfaitaires qui sont fixés par la loi fédérale dans la situation des ayants droit vivant à domicile, le montant pour les dépenses personnelles à prendre en compte à titre de dépenses reconnues des personnes vivant dans un home ou un hôpital est déterminé par les cantons. Ce montant est destiné à couvrir la partie des besoins vitaux de ces personnes qui n'est pas garantie par les prestations fournies par l'établissement hospitalier ou médico-social (donc par la taxe journalière prévue à l'art. 10 al. 2 let. a LPC) et que les intéressés doivent eux-mêmes prendre en charge. Il doit être déterminé de manière à ce que cette partie des besoins vitaux puisse être effectivement financée, mais ne doit pas, sous l'angle des prestations complémentaires fédérales et du financement par la Confédération, dépasser la couverture de ces besoins – les cantons étant libres de compléter le montant pour les dépenses personnelles prévu par le droit fédéral dans le cadre des prestations complémentaires de droit cantonal (ATF 138 V 67 consid. 4.1 et les références). e) La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, le juge doit rechercher la véritable portée de la norme au regard notamment de la volonté du législateur telle qu'elle ressort, entre autres, des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique; ATF 141 III 53 consid. 5.4.1; 138 III 166 consid. 3.2). Lorsqu'il est appelé à interpréter une loi, le Tribunal fédéral adopte une position pragmatique en suivant ces différentes interprétations, sans les soumettre à un ordre de priorité (ATF 140 II 202 consid. 5.1; 139 IV 270 consid. 2.2; 137 III 344 consid. 5.1). 5. Dans le cas présent, la recourante critique l'étendue des dépenses prises en compte dans le cadre du calcul des prestations complémentaires. Pour déterminer si ces dépenses doivent être intégrées dans le calcul, elles doivent entrer dans la catégorie des taxes journalières (art. 10 al. 2 let. a LPC), des dépenses personnelles (art. 10 al. 2 let. b LPC) ou des autres dépenses (art. 10 al. 3 LPC). S'agissant particulièrement de la taxe journalière, celle-ci ne peut être prise en considération que jusqu'à concurrence d'un montant de 160 francs (art. 5quater al. 1 let. a de l'Arrêté). En outre, dès lors que la Résidence figure dans la liste des établissements de l'ordonnance du 3 juillet 2007 fixant la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg (RSF834.2.41), le tarif maximal de 103 francs, applicable aux "frais de pension", de l'art. 5quater al. 2 let. a de l'Arrêté est applicable. Or, force est de constater que la notion de "frais de pension" figurant dans cette dernière disposition n'est nullement définie dans cet article. La qualification des dépenses alléguées par la recourante ainsi que, par voie de conséquence, leur prise en compte ou non dans le calcul des prestations complémentaires suppose dès lors préalablement d'interpréter l'art. 5quater de l'Arrêté.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Selon l'autorité intimée, la notion de "frais de pension" fait référence à "la part liée à l'hôtellerie, (par opposition à la part liée à l'accompagnement et à la part liée aux soins)" (cf. observations du 26 juin 2013). Elle renvoie, de cette manière, implicitement, à la notion "prix de pension" figurant dans la législation sur les EMS. En effet, outre les frais d'investissements des immeubles et les frais financiers qui sont à la charge des communes (art. 12 LEMS), la LEMS prévoit trois prix différents dans le cadre des charges d'exploitation (chapitre 3). Il s'agit d'abord du prix de pension qui sert à couvrir les équipements et les frais hôteliers et administratifs (art. 20 al. 1 LEMS). Il s'agit ensuite du prix des soins, soit le coût des soins non pris en charge par les assureurs-maladie

(art. 21 al. 1 LEMS). Il s'agit finalement du prix d'accompagnement qui comprend l'ensemble des actes qui contribuent au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales du résidant, dans la mesure où ces actes ne sont pas reconnus comme soins au sens de la LAMal (art. 22 al. 3 LEMS). Cette interprétation est confirmée par la compréhension littérale de la notion de frais de pension, qui renvoie aux frais liés à l'hébergement, et par la formulation semblable des "frais de pension" de la législation sur les prestations complémentaires et des "prix de pension" de la législation sur les EMS. Elle est encore confirmée par la présence d'un renvoi dans le montant maximal des prix de pension fixé par la législation sur les EMS (art. 20 LEMS et 14 REMS) au montant de la taxe journalière prise en considération dans les prestations complémentaires (art. 2 let. a LPC-FR et 5quater al. 2 let. a de l'Arrêté). Par ailleurs, selon le Conseil d'état, "si l'on veut éviter que les PC ne couvrent dorénavant une part nettement plus importante des frais d'accompagnement en EMS, il n'y a pas d'autre solution que de limiter les frais pris en considération". A ce titre, selon l'exécutif cantonal, la "notion de frais à prendre en considération en raison du séjour dans un EMS englobe l'ensemble des frais (frais de pension et d'accompagnement)" (cf. ordonnance du 18 décembre 2007 modifiant l'arrêté d'exécution de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité [ROF 2007_143]). Cette interprétation est également conforme au droit fédéral dans la mesure où, par ce biais, la taxe journalière prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires englobe tant les coûts récurrents pour l'hébergement et l'alimentation par le biais des frais de pension limités à 103 francs, que ceux pour les soins et l'accompagnement par le biais de la limite supérieure fixée à 160 francs. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée interprète les frais de pension de manière semblable à celle retenue dans la législation sur les EMS, les distinguant des frais d'accompagnement et des frais de soins. A ce titre, les critères utilisés pour distinguer les "prix de pension" des autres frais liés aux EMS – dont notamment la liste non exhaustive de prestations de l'art. 13 REMS – sont applicables par analogie lors de la qualification des frais de pension au sens de l'art. 5quater al.2 let. a de l'Arrêté. 6. En l'espèce selon la recourante, l'autorité intimée n'aurait en substance pas tenu compte, à tort, des "dépenses personnelles" au sens de l'art. 5ter de l'Arrêté (320 francs par mois), de l'assurance responsabilité-civile privée (10 francs par mois), de la taxe de raccordement au réseau téléphonique et à la télévision (ci-après: la taxe de raccordement; 1 fr.30 par jour), des primes d'assurance-maladie complémentaire LCA (12 fr. 80 par mois), du 10% de prestations médicales en raison de la franchise à rembourser à l'assureur-maladie (montant indéterminé) et des éventuels "frais médicaux et dentaires [qui] ne seront sans doute pas entièrement remboursés" (montant indéterminé).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Les autres frais et revenus ne sont pas contestés dans le cadre de la présente procédure. Au vu des pièces du dossier, ces autres montants retenus ou écartés ne prêtent manifestement pas flanc à la critique. Il n'est, à ce titre, pas nécessaire d'en approfondir l'examen plus en détail. a) Dans un premier grief, la recourante se plaint qu'elle "ne dispose [...] pas du premier franc des 320 francs qui doivent être laissés à sa libre disposition pour les dépenses personnelles". Toutefois, il n'est pas contesté que le montant ayant trait aux dépenses personnelles a été pris en compte. Force est en effet de constater que ce montant figure sous la rubrique "dépenses personnelles", pour un total annuel de 3'840 francs soit 320 francs par mois. Si, dans le cas concret, il est possible que le montant forfaitaire soit insuffisant pour couvrir les besoins vitaux de l'assurée – ce qu'elle allègue mais n'établit en aucun cas –, il convient de rappeler que la nature même du forfait

implique qu'il ne se détermine pas, et ne varie donc pas, par rapport aux dépenses effectives de chaque cas particulier, mais règle de manière unifiée des situations semblables (cf. ATF 138 V 67). Or, le montant mensuel fixe de 320 francs n'apparaît pas insuffisant au point que les pensionnaires fribourgeois ne seraient pas en mesure de couvrir leurs besoins vitaux non garantis par la taxe journalière. Force est en outre de constater que ce montant est proche de celui reconnu dans les cantons limitrophes de Vaud (240 francs par mois selon l'art. 14 du règlement d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité; RS-VD 831.21.1), de Neuchâtel (4'800 francs par année selon l'art. 3 de l'Arrêté fixant les taxes journalières des établissements spécialisés et le montant laissé à disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles; RS-NE 820.301.02) et de Berne (367 francs par mois selon l'art. 6 de l'ordonnance portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI; RS-BE 841.311). Dès lors qu'il a dûment été tenu compte dudit montant dans le calcul des prestations complémentaires, le reproche relatif au manque de moyens de la recourante pour ses dépenses personnelles est infondé. b) En ce qui concerne le deuxième point soulevé par la recourante, si l'assurance responsabilité-civile n'est pas facturée à l'ensemble des pensionnaires, chacun d'entre eux a l'obligation d'en avoir conclu une, que ce soit par le biais de la Résidence ou à titre privé. Une telle manière de faire n'est pas exclusive à la Résidence. A ce titre, comme le relève avec justesse la recourante, il apparaît que l'assurance responsabilité-civile remplit le critère de récurrence dégagé par la jurisprudence. Cependant, bien que récurrents, tous les frais effectifs ne doivent pas forcément être indemnisés. Or, les frais liés aux primes d'assurance responsabilité-civile ne peuvent pas être inclus dans la notion de "frais de pension" (art. 5 quater al. 2 let. a de l'Arrêté). Il appert en effet que la nature de celles-ci est principalement collective (par exemple des frais liés au personnel de l'EMS, aux structures de l'EMS ou aux repas des pensionnaires) ce qui exclut les frais ici litigieux, de dimension clairement individuelle. Ils ne peuvent pas, non plus, être admis comme liés à l'accompagnement ou aux soins (art. 5 quater al. 1 let. a de l'Arrêté) ni entrer le cadre des autres dépenses de l'art. 10 al. 3 LPC, notamment celles liées aux cotisations aux "assurances sociales de la confédération" (let. c).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Au contraire, les frais d'assurance responsabilité-civile apparaissent plutôt être inclus dans les montants couverts par les dépenses personnelles, montants qui ne sont pas garantis par les prestations fournies par l'EMS mais que les intéressés doivent eux-mêmes prendre en charge. Dans la mesure où, comme on l'a vu ci-avant, dans le présent cas, ces dépenses personnelles ont été dûment prises en compte dans le calcul des prestations complémentaires, c'est à juste titre que les frais liés à l'assurance responsabilité-civile n'ont pas été comptabilisés en sus comme dépenses dans le calcul des prestations complémentaires. c) La recourante fait ensuite valoir un montant de 40 fr. 30 versé à titre de "taxe télécom+cablecom". Ce poste comptable comprend uniquement la mise à disposition d'un raccordement téléphonique et télévisuel dans les chambres de chaque résident, les communications personnelles étant facturées en sus. Ce poste est sans aucun rapport avec la redevance radio et télévision. Information prise d'office auprès de la Résidence, il s'agit d'une prestation facultative, dès lors qu'il peut être renoncé à un tel raccordement selon les souhaits du pensionnaire. A ce titre, cette prestation ne remplit pas le critère de récurrence dégagé par la jurisprudence s'agissant des taxes journalières (art. 10 al. 2 let. a LPC). N'entrant également pas à l'évidence dans la catégorie des autres dépenses citées l'art. 10 al. 3 LPC, tout au plus les frais de raccordement peuvent être considérés comme inclus dans le montant forfaitaires destiné aux dépenses personnelles

prévu par l'art. 10 al. 2 let. b LPC. C'est, du reste, ce qu'avait retenu le Tribunal fédéral dans une affaire St-Galloise de 2010 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_196/2010 du 12 mai 2010 consid. 2.2; cf également arrêt du Tribunal fédéral P 34/03 du 5 novembre 2003). Ce montant forfaitaire destiné aux dépenses personnelles a d'ores et déjà été dûment comptabilisé dans le cadre du calcul du budget. Partant, ce grief doit être considéré comme infondé. d) La recourante se plaint que le montant destiné au paiement des primes d'assurance-maladie complémentaire n'ait pas été comptabilisé en tant que dépense alors même qu'elle ne pouvait se dédire du contrat avant le terme. Toutefois, il convient de rappeler que la fonction originelle des prestations complémentaires est de préserver le minimum d'existence des bénéficiaires de rentes AVS ou AI, soit de couvrir leurs besoins fondamentaux. S'agissant particulièrement des primes d'assurance-maladie, c'est ce qu'illustre clairement le message du Conseil fédéral lorsqu'il indique que "ni une assurance d'indemnités journalières facultative, ni les assurances complémentaires éventuelles conclues en faveur d'une couverture en division semi-privée ou privée ne sauraient être prises en charge par le montant forfaitaire en question" (cf. message du 20 novembre 1996 concernant la troisième révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI; FF 1997 I 1147 et 1153). Ces considérations sont toujours applicables dès lors que, d'un point de vue matériel, ces dispositions sont les mêmes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_638/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2). Le législateur a, dès lors, limité les primes de l'assurance obligatoire des soins prises en compte à un montant forfaitaire correspondant à la moyenne des primes cantonales. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée n'a pas tenu compte des frais liés aux primes de l'assurance complémentaire dans le calcul des prestations complémentaires. 7. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, dans la mesure où il est recevable, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière. la Cour arrête: I. Le recours de A. _____, est rejeté dans la mesure où il est recevable. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 27 juillet 2015/pte Président Greffier

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