

GE_GERICHTE ATAS/114/2014 vom 28. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_114_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/114/2014 du 28 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/114/2014 del 28 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 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; RSG J 4 20]; art. 43 LPCC). Au surplus, l'épouse de l'assuré représente valablement l'hoirie composée d'elle-même et des deux filles de feu l'assuré.

E. 4

L'objet du litige concerne le droit du SPC de réclamer à l'assuré le remboursement des prestations et de la prime d'assurance-maladie versée du 1er avril au 31 mai 2013 et, singulièrement, l'application du tarif « home » durant cette période. Par contre, le non-remboursement de certains frais de maladie (éventuellement consécutif à la suppression de toute prestation) et le non-paiement du subside pour régime de diabétique n'ont pas fait l'objet d'une décision formelle ni d'une décision sur opposition et ne font donc pas partie de l'objet du litige, déterminé par la décision sur opposition contestée.

E. 5

a. L'art. 10 al. 1er let. a LPC prévoit, pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile),

que les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année CHF 19'050.- au 1er janvier 2011 et CHF 19 210.- au 1er janvier 2013 pour les personnes seules

A/3631/2013 - 5/8 - (ch. 1). Selon la let. b de cette disposition, les dépenses reconnues comprennent en outre le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs; le montant annuel maximal reconnu est de CHF 13'200.- pour les personnes seules (ch. 1). L'art. 10 LPC énumère - de manière exhaustive (arrêt 9C_822/2009 du 7 mai 2010 consid. 3.3 et la référence, in SVR 2011 EL n° 2 p. 5) - les dépenses reconnues. Pour les personnes ne vivant pas en permanence ou pour une longue période dans un home ou un hôpital, le montant forfaitaire destiné à la couverture des besoins vitaux inclut notamment les frais de nourriture, d'habillement, de soins corporels, de consommation d'énergie (électricité, gaz, etc.), de communication, de transport ou de loisirs (CARIGIET/KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2ème éd. 2009, p. 134; RALPH JÖHL, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]* vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 2ème éd. 2007, p. 1694 n. 86). b. L'art. 10 al. 2 LPC prévoit, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant dans un home ou un hôpital), que les dépenses reconnues comprennent la taxe journalière (let. a) et un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b). L'al. 3 de l'art. 10 LPC dispose que sont en outre reconnus comme dépenses, notamment le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, lequel doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins, couverture accidents comprise (let. d). Le montant pour les dépenses personnelles 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; RALPH JÖHL, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, in *Soziale Sicherheit [SBVR]*, 2e éd. 2007, n° 122 p. 1718). c. Aux termes de l'art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée lorsque les dépenses reconnues, les revenus déterminants et la fortune subissent une diminution ou une augmentation pour une durée qui sera vraisemblablement longue; sont déterminants les dépenses nouvelles et les revenus nouveaux et durables, convertis sur une année, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient; on peut renoncer à adapter la prestation complémentaire annuelle lorsque la modification est inférieure à 120 francs par an.

A/3631/2013 - 6/8 -

E. 6

Selon l'art. 2 al. 1 let a et b de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'AVS et à l'AI du 14 octobre 1965 (LPFC; J 4 20), le Conseil d'Etat détermine la taxe journalière maximale à prendre en considération en raison d'un séjour dans un établissement médico-social ou dans un établissement pour personnes âgées (let. a) et les montants laissés à la disposition des personnes séjournant dans un home ou dans un établissement

médico-social pour les dépenses personnelles (let. b). L'art. 4 al. 2 du règlement de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'AVS et à l'AI (RPFC; J 4 20.01) fixe à CHF 3'600.- par an le forfait pour dépenses personnelles pour les personnes âgées et à CHF 4'500.- pour les personnes invalides.

E. 7

Selon les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC, valables dès le 1er avril 2011), lorsqu'il apparaît, au moment de l'entrée dans un home ou dans un hôpital, que le bénéficiaire de PC ne pourra plus retourner à domicile, le calcul PC selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital doit être effectué dès le mois d'entrée (3152.01). Lorsqu'au moment de l'entrée dans un home ou dans un hôpital, on ne sait pas si le bénéficiaire de PC pourra retourner à domicile, on procède à un calcul PC selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital à compter du mois qui suit le premier mois civil entier que l'intéressé a passé dans le home ou dans l'hôpital. Si l'intéressé retourne à domicile, le calcul à effectuer pour le mois du retour à domicile obéit encore aux dispositions applicables aux personnes vivant dans un home (3152.02). Tant et aussi longtemps qu'un retour à la maison est encore possible et qu'il y a maintien simultané de l'appartement, les frais de loyer et les frais accessoires y relatifs sont pris en compte comme dépenses supplémentaires durant une année au maximum (3390.01).

E. 8

En l'espèce, il est établi par pièces que l'assuré a été hospitalisé pour des raisons médicales, et non pas sociales, aux HUG du 15 février au 3 mai 2013, soit durant deux mois et demi, puis qu'il est rentré à son domicile. Sur la base des directives, le SPC a appliqué le barème "home" du 1er avril 2013 au 31 mai 2013. En conséquence, l'assuré a perdu le droit à toute prestation, y compris la prise en charge de sa prime d'assurance maladie, car sa rente AVS (CHF 28'080.-) couvrait l'ensemble de ses dépenses (CHF 21'300.-), limitées au loyer (CHF 12'060.-), à la prime d'assurance-maladie (CHF 5'640.-) et au forfait (CHF 3'600.-), à l'exclusion de toute taxe pour séjour dans un EMS. D'une part, l'application du tarif "home" à l'assuré hospitalisé, sans placement en EMS ensuite, a des conséquences qui excèdent le but de la loi. La réduction du forfait se justifie lors d'une longue hospitalisation, car l'assuré n'a alors plus à assumer de frais de nourriture, d'habillement et de transport et le montant de 3'600.- par an doit alors permettre de payer les frais fixes qui demeurent, certains étant réduits à défaut de consommation (SIG, PTT, assurance ménage-RC, etc.), mais ils ne sont pas destinés au paiement des frais de maladie, normalement pris en charge par le SPC en raison du montant des dépenses (forfait ordinaire pour personne à

A/3631/2013 - 7/8 - domicile ou taxe journalière pour personne en EMS). Dans la mesure où le SPC ne tient pas compte de la taxe journalière due en cas de séjour en EMS, la seule rente AVS couvre dans bien des cas le loyer et les dépenses personnelles. L'assuré n'ayant alors plus droit aux prestations et à la couverture de la prime d'assurance-maladie, ses frais de maladie ne sont plus pris en charge par le SPC durant le séjour hospitalier et – surtout – jusqu'à la fin du mois qui suit le retour à domicile. Dans la mesure où la remise (que le SPC aurait d'ailleurs dû accorder lors de la notification de la décision de restitution, sans compensation avec les prestations futures) ne concerne que les prestations perçues et les primes d'assurance-maladie versées, l'assuré reste débiteur de l'ensemble des frais médicaux – non couverts par l'assurance-maladie – encourus du 1er avril 2013 au 31 mai 2013, en

particulier les frais dentaires, tout ou partie des frais de transport-handicap, de location du lit électrique, la franchise et la participation aux autres frais ambulatoires, etc. D'autre part, la durée de l'hospitalisation (46 jours au total, du 15 février au 2 mai inclus) ne correspond pas à la notion légale du "séjour pour une longue période dans un hôpital ou un home" de l'art. 10 al. 2 LPC. Au surplus, il s'avère que si le lit électrique nécessaire au retour à domicile avait pu être livré le lendemain de la demande des HUG, l'assuré serait vraisemblablement rentré le 24 avril 2013 déjà. De façon générale, la législation prévoit une adaptation des prestations lorsque les modifications des dépenses ou des revenus auront lieu pour une durée qui sera vraisemblablement longue (cf. not. art. 25 OPC-AVS/AI). Ainsi, le SPC ne peut pas systématiquement appliquer le tarif "home" à tous les bénéficiaires hospitalisés au motif qu'ils sont âgés voire très âgés, sans examiner plus avant s'il est probable ou seulement possible qu'ils soient placés en EMS à l'issue de l'hospitalisation. Cela étant, la question de la conformité de la décision à la loi, s'agissant de la "longue durée" pourra rester ouverte eu égard à ce qui suit. La décision du SPC ne respecte pas non plus les directives, qui réservent l'application de ce tarif aux cas où l'on ne sait pas, après un mois entier d'hospitalisation, si l'assuré pourra rentrer à domicile, puisque dans le cas d'espèce, le SPC l'a appliqué alors que l'assuré était déjà rentré à domicile, ce qui est une preuve plus que tangible que l'on savait lors de la décision qu'il n'avait pas été placé en EMS. Ainsi, en appliquant le tarif "home" à l'assuré hospitalisé pour une relativement courte période et dont on savait qu'il était rentré à domicile, le SPC a fait une application erronée de la loi et la décision de restitution du 14 octobre 2013 doit être annulée. Corolairement, le SPC devra verser les montants retenus en remboursement de la somme réclamée en restitution. Pour le surplus, le SPC est invité à statuer rapidement sur la demande de l'assuré concernant le remboursement de frais médicaux en suspens et le versement de l'allocation spéciale pour régime diabétique.

E. 9

La décision sur opposition du 14 octobre 2013 est annulée et la procédure est gratuite.

A/3631/2013 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet et annule la décision du 14 octobre 2013. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Irène PONCET

La présidente

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

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