

GE_GERICHTE ATAS/254/2009 vom 16. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_254_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/254/2009 du 16 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/254/2009 del 16 maggio 2008

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/3188/2008 - 4/9 - assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC). Il connaît également, en application de l'art. 56V al. 2 let. a LOJ, des contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance- invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1er al. 1er LPC, les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires, à moins que la LPC n'y déroge expressément (cf. également art. 1A LPCC).

E. 3

Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA, art. 9 LPC et art. 43 LPCC) courant à partir du lendemain de la réception de la décision sur opposition (cf. art. 38 al. 1 et 39 al. 2 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la participation par le SPC aux trois factures adressées par les HUG à l'intéressée.

E. 5

Aux termes de la loi, ont droit aux prestations complémentaires, les personnes qui perçoivent une rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, pour autant que les dépenses reconnues soient supérieures aux revenus déterminants (art. 2 al. 1 et 2c LPC ; art. 2 al. 1 let. b et 4 LPCC). Le montant de la prestation complémentaire fédérale annuelle en espèces correspond ainsi à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 3a al. 1 et 9 LPC). Une réglementation similaire régit les prestations complémentaires cantonales (cf. art. 3, 4 et 5 al. 1 let. d LPCC). Les prestations complémentaires sont donc fonction du montant des revenus et des dépenses. Les revenus déterminants au sens de l'art. 3a al. 1 LPC comprennent notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière ainsi que les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (art. 3c al. 1 let. b et d LPC). S'y ajoute un dixième de

la fortune nette pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 25'000 fr. pour les personnes seules (art. 3c al. 1 let. c LPC). Sont également comprises dans les revenus déterminants les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (art. 3c al. 1 let. g LPC). La fortune doit être évaluée selon les règles de la législation sur l'impôt cantonal direct du canton du domicile (art. 17 al. 1 OPC-AVS/AI). En règle générale, sont pris en compte pour le calcul de la prestation complémentaire annuelle les revenus déterminants obtenus au cours de l'année civile précédente et l'état de la fortune le 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie ; peut également entrer en

A/3188/2008 - 5/9 - considération comme période de calcul celle sur laquelle se fonde la dernière taxation fiscale (art. 23 al. 1 et 2 OPC-AVS/AI). L'art. 10 LPC dresse la liste des dépenses reconnues. Il prévoit que : 1 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), les dépenses reconnues comprennent : a. les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année: 1. 18 140 francs pour les personnes seules, 2. 27 210 francs pour les couples, 3. 9480 francs pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI; la totalité du montant déterminant étant prise en compte pour les deux premiers enfants, les deux tiers pour deux autres enfants et un tiers pour chacun des enfants suivants;

b. le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs; en cas de présentation d'un décompte final des frais accessoires, ni demande de restitution, ni paiement rétroactif ne peuvent être pris en considération; le montant annuel maximal reconnu est de: 1. 13 200 francs pour les personnes seules, 2. 15 000 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI, 3. 3600 francs supplémentaires si la location d'un appartement permettant la circulation d'une chaise roulante est nécessaire. 2 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), les dépenses reconnues comprennent: a. 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; b. un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles. 3 Sont en outre reconnus comme dépenses, pour toutes les personnes: a. les frais d'obtention du revenu, jusqu'à concurrence du revenu brut de l'activité lucrative; b. les frais d'entretien des bâtiments et les intérêts hypothécaires, jusqu'à concurrence du rendement brut de l'immeuble; c. les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie; d. 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); e. les pensions alimentaires versées en vertu du droit de la famille. (Cf. également art. 6 LPCC).

A/3188/2008 - 6/9 -

E. 6

Aux termes de l'art. 3d al. 1 LPC, les bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle ont droit au remboursement des frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), ainsi qu'au remboursement des frais payés au titre de participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. f). Les frais qui peuvent être remboursés en vertu du premier alinéa sont précisés par le Conseil fédéral (l'art. 3d al. 4

LPC). A l'art. 19 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI) le Conseil fédéral a délégué son pouvoir réglementaire au Département fédéral de l'intérieur, lequel a édicté l'OMPC. L'art. 6 OMPC prévoit, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 1998, le remboursement des participations prévues par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal. Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient à raison d'un montant fixe par année (franchise) et de 10% des coûts qui dépasse la franchise (quote-part). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (art. 64 al. 3 LAMal). Il a déterminé, pour les années en cause, la franchise à fr. 230 et la quote-part maximale à fr. 600 (art. 103 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Il en résulte que le montant maximal des frais médicaux à la charge de l'assuré dans le cadre l'assurance-maladie obligatoire est de 830 fr. par an. Au-delà de cette limite, l'assureur doit rembourser à l'assuré la totalité des factures. Par conséquent, le montant maximal que l'OCPA peut être amené à rembourser au bénéficiaire à titre de frais médicaux de l'assurance obligatoire des soins s'élève également à cette somme (ATFA non publié du 27 août 2003, P 46/02, consid. 4.2).

E. 7

L'assurée reproche au SPC de ne pas tenir compte des actes de défaut de biens qui ont été délivrés contre elle. Or l'énumération des dépenses reconnues par la loi est exhaustive (Directives concernant les prestations complémentaires N° 3001). Force est dès lors de constater que des actes de défaut de biens ne sont pas prévus dans l'énumération des dépenses reconnues dont le SPC devrait tenir compte.

E. 8

Le fils de l'assurée rappelle que le médecin lui a affirmé que le SPC prendrait à sa charge la part des frais d'hospitalisation non couverte par l'assurance. Le droit à la protection de la bonne foi, déduit directement de l'art. 4 de l'ancienne Constitution (Cst), est expressément consacré à l'art. 9 Cst actuel. Il vaut pour l'ensemble de l'activité étatique et exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 384 consid 3a), il permet aux citoyens d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle

A/3188/2008 - 7/9 - évite de se contredire (cf. également Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 428). En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Il s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit. Ainsi, l'autorité qui fait une promesse, donne une

information ou une assurance, doit satisfaire les attentes créées, même si la promesse ou l'attente sont illégales, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies : a) il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence, c) que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, d) qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice, et que e) la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a ; Blaise KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1991, 4ème édition, n° 509 p. 108 ; Ulrich HÄFELIN / Georg MÜLLER, Grundriss des Allgemeinen Verwaltungsrechts, 2ème édition, Zurich 1993, p. 117ss, plus particulièrement p. 126, ch. 563ss)

E. 9

En l'espèce, les conditions ne sont à l'évidence pas réalisées, les renseignements dont fait état le fils de l'assurée ayant été donnés par un médecin. .

E. 10

Il y a en conséquence lieu de constater que le calcul auquel a procédé le SPC n'est pas critiquable. Aussi le recours est-il rejeté.

A/3188/2008 - 9/9 -

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