GE_GERICHTE ATAS/445/2024 vom 12. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_445_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/445/2024 du 12 juin 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/445/2024 del 12 giugno 2024

Erwägungen

E. 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.

E. 1.2

Le recours a été interjeté en les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 60 LPGA et 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 - LPCC).

E. 1.3

Il a été valablement formé par la fille de l'intéressée, dans la mesure où elle représente sa succession au vu du certificat d'héritier et des procurations produites.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la succession de l'intéressée au remboursement des frais d'aide au ménage pour la période 1er mai au 31 octobre 2021.

E. 3.1

Aux termes de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle notamment les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis (let. b). Selon l'art. 14 al. 2 LPC, 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. Au plan cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité

A/859/2023 - 8/11 - (LPFC - J 4 20) du 14 octobre 1965, 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). Selon l'art. 1 du règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales

complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 23 décembre 1998 (RPFC - J 4 20.04), le présent règlement s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'article 14, alinéa 1, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI (al. 1). Le service des prestations complémentaires (ci-après : service) peut faire examiner le caractère économique et adéquat des prestations (al. 2). Le département de la cohésion sociale (ci-après : département) édicte les directives d'application (al. 3). Selon le ch. 7.37 des directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI DFM), s'agissant des frais d'aide à domicile non couvert par l'assurance-maladie de base, les tarifs maximaux pris en charge par le SPC sont ceux de la FSASD fixé par l'arrêté du conseil d'État du 13 octobre 2010 (annexe 2), à concurrence de CHF 25.- au maximum. Si des organisations privées facturent un tarif supérieur, seuls les frais qui correspondent aux tarifs de la FSASD peuvent être remboursé, à concurrence de CHF 25.-Au maximum. Selon le ch. 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 FSASD. Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les directives de l'administration n'ont pas force de loi et, par voie de conséquence, ne lient ni les administrés ni les tribunaux; elles ne constituent pas des normes de droit fédéral au sens de l'art. 95 let. a LTF et n'ont pas à être suivies par le juge. Elles servent tout au plus à créer une pratique administrative uniforme et présentent à ce titre une certaine utilité; elles ne peuvent en revanche sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elles sont censées concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, les directives ne peuvent prévoir autre chose que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 132 V 121 consid. 4.4 et les références; 131 V 42 consid. 2.3 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_283/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.1). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un

 fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références; 126 V 353 consid. 5b et les références; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a et la référence). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b p. 6). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 p. 10; 124 V 400 consid. 2a p. 402 et les références). La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1 p. 8). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de

protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (cf. ATF 105 III 43 consid. 2a p. 46; DTA 2000 n° 25 p. 121 consid. 1b). En cas de manque de collaboration, l'assuré supporte l'absence de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 8C_211/2020 du 23 septembre 2020 consid. 4.3).

E. 4.1

En l'espèce, la recourante a déclaré ne pas avoir eu connaissance de la demande de l'intimé du 9 mai 2022 de prendre contact avec l'IMAD pour l'évaluation du besoin d'aide de sa mère pour le ménage, en raison de problèmes d'acheminement du courrier par la poste. Il faut constater que l'intimé a reçu de nombreux courriers adressés à l'intéressée en retour avec la mention « destinataire introuvable », et en particulier ce courrier du 9 mai 2022, ce qui atteste des allégations de la recourante. Même s'il apparaît que les courriers adressés en recommandé à l'intéressée lui sont parvenus, cela ne suffit pas établir que celle-ci n'aurait fautivement pas reçu les courriers qui lui étaient adressés en courrier B. Si l'on s'explique mal cette situation, elle apparaît toutefois imputable à la Poste. L'on peut s'étonner dans ces circonstances que l'intimé n'ait pas adressé ses décisions à l'intéressée par courrier recommandé, en particulier sa demande de prendre contact avec l'IMAD pour que cette dernière évalue son besoin d'aide- ménagère. Le fardeau de la preuve appartient à l'intimé, qui n'a pas été en mesure de démontrer que l'intéressée a reçu le courrier du 9 mai 2022, qui a été adressé en courrier B et retourné à l'expéditeur. Il faut ainsi admettre que c'est sans faute de sa part que l'intéressée n'a pas donné suite à la demande de l'intimé et on ne

 saurait de ce fait lui faire supporter l'absence de preuve du besoin d'aide- ménagère en raison d'un manque de collaboration.

E. 4.2

Reste à déterminer si l'intimé pouvait refuser le remboursement du seul fait qu'une évaluation ne pouvait plus être faite au domicile de l'intéressée en raison de son décès. Comme l'a relevé l'intimé, selon l'art. 1 al. 2 RPFC, il « peut » faire examiner le caractère économique et adéquat des prestations (al. 2), il n'en a dès lors pas l'obligation. Si le ch. 7.39 DFM prévoit que la nécessité des soins, de l'aide et de l'assistance à domicile doit être attestée médicalement et son ampleur évaluée par la FSASD (actuellement l'IMAD), il n'a pas force de loi et ne peut contraindre l'intimé à une telle évaluation par la FSASD, ce qui irait plus loin que ce qui est prévu à l'art. 1 al. 2 RPFC. L'intimé ne peut ainsi se prévaloir cette directive pour soutenir qu'il avait l'obligation « selon la loi » de soumettre ce type de frais à l'IMAD. Plusieurs éléments au dossier démontrent que les frais de ménage étaient nécessaires. Cela a en effet été attesté par le médecin traitant de l'intéressée à deux reprises, les 3 mars et 2 novembre 2023. La fille de la recourante a en outre déclaré que sa mère souffrait d'une démence vasculaire, ce qui avait entraîné des troubles de l'équilibre ainsi qu'une insuffisance cardiaque, qui ne lui permettaient pas d'effectuer ses tâches ménagères. Enfin, selon l'évaluation des besoins pour des soins à domicile établie le 7 mars 2023 par F_____, l'intéressée avait besoin d'aide pour boire et manger, faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes, elle était agitée, anxieuse agressive, avait des troubles du comportement, était désorientée et confuse, et sollicitait son entourage de façon éprouvante. Il est ainsi suffisamment établi que l'intéressée avait besoin d'aide pour son ménage. Par ailleurs, l'ampleur du besoin d'aide pouvait être investiguée rétrospectivement par témoignages, notamment celui des infirmières qui se rendaient chez l'intéressée. Au vu des circonstances, l'intimé ne pouvait retenir qu'il lui était impossible d'établir la nécessité des frais de

ménage et de leur fréquence, sans tenter d’obtenir des informations complémentaires. Le fait que la recourante ait oublié l’audience devant la chambre de céans ne justifie en aucun cas sa décision.

E. 5

Infondée, la décision sur opposition sera annulée et la cause renvoyée à l’intimé pour nouvelle décision, après instruction complémentaire s’il l’estime encore nécessaire. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario et 89H al. 1 LPA).

A/859/2023 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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