

GE_GERICHTE ATAS/573/2025 vom 24. Juli 2025

GE Cour de justice, 2025-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_573_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/573/2025 du 24 juillet 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/573/2025 del 24 luglio 2025

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

En matière de PCF, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (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 - J 4 20]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des PCC, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux PCF à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de PCC, 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

Le litige porte sur le paiement, par l'intimé, de la contribution hospitalière de 15.- CHF/jour que la caisse-maladie a laissé à la charge de la femme du recourant suite à un séjour effectué à la Clinique B_____ du 21 février au 4 juin 2024, représentant un montant total de CHF 1'560.-.

A/1233/2025 - 4/10 -

E. 4.1

La LPC opère une distinction entre la prestation complémentaire annuelle et le remboursement de frais de maladie et d'invalidité (art. 3 LPC). 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, en principe une fois par année. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le financement des frais de maladie est

entièrement passé aux cantons (art. 16 LPC). La LPC ne fait dès lors état que de conditions-cadres, laissant aux cantons le soin de réglementer les spécificités du remboursement. Il leur appartient ainsi de préciser les frais qui peuvent être remboursés sur la base du catalogue de prestations de l'art. 14 al. 1 LPC, tout comme ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Compétence leur est également donnée de fixer les plafonds pour le remboursement annuel, à condition qu'ils ne soient pas inférieurs aux montants indiqués à l'art. 14 al. 3 LPC. Ces changements ont abouti à la suppression de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais d'invalidité en matière de prestations complémentaires du 29 décembre 1997 (OMPC, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, ad. Art. 14 n. 1).

E. 4.1.1

Aux termes de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de l'année civile en cours, dûment établis, relatifs aux traitements dentaires (let. a), à l'aide, aux soins et à l'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), aux séjours passagers dans un home ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois (lorsque le séjour dans un home ou dans un hôpital excède trois mois, la prestation complémentaire annuelle est calculée rétroactivement, sur la base des dépenses reconnues visées à l'art. 10 al. 2 LPC depuis l'admission dans le home ou l'hôpital ; let. b bis), aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c), à un régime particulier (let. d), au transport vers le centre de soins le plus proche (let. e), aux moyens auxiliaires (let. f) et à la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10) (let. g). En vertu de l'art. 10 al. 2 LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une période de plus de trois mois dans un home ou dans un hôpital, les dépenses reconnues comprennent : la taxe journalière pour chacune des journées facturées par le home ou l'hôpital (let. a), ainsi qu'un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles.

A/1233/2025 - 5/10 - À propos de l'introduction de l'art. 14 al. 1 let. b bis LPC, l'explication suivante ressort des travaux législatifs (FF 2016 7300) : « Bien que ces séjours dans un home n'excèdent souvent pas quelques semaines, la plupart des bénéficiaires de PC ne sont pas en mesure, étant donné leur situation économique, de faire face aux dépenses ainsi occasionnées. Afin que les PC puissent couvrir les coûts élevés d'un séjour temporaire dans un home, il arrive souvent que le mode de calcul prévu pour les personnes vivant dans un home soit appliqué à partir d'un séjour d'un ou deux mois. Ce mode de calcul est ensuite abandonné lorsque la personne rentre chez elle. Cette façon de faire occasionne des charges administratives élevées. Afin de simplifier la procédure dans ce domaine et de garantir une pratique uniforme, les dépenses pour un séjour dans un home d'une durée maximale de trois mois pourront à l'avenir être prises en charge par les PC au titre des frais de maladie et d'invalidité. Cela permettra de maintenir le mode de calcul prévu pour les personnes vivant à domicile pendant la durée d'un séjour temporaire dans un home. Le passage au mode de calcul pour les personnes vivant dans un home n'interviendra que lors d'un séjour dans un home d'une durée supérieure à trois mois. Cette réglementation ne change en rien le financement, puisque tant les frais liés à un séjour dans un home pour les PC périodiques que le remboursement des frais de maladie et d'invalidité sont à la charge des cantons ».

L'énumération des frais mentionnés à l'art. 14 al. 1 LPC est exhaustive : le législateur a énuméré de manière détaillée les frais de maladie et d'invalidité qui sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire. Le degré de concrétisation de la réglementation permet de conclure que le législateur a voulu déterminer en détail les frais à rembourser, ce qui indique que la réglementation est exhaustive. Les frais supplémentaires non mentionnés par la loi ne peuvent pas être pris en charge (ATF 129 V 379 consid. 3.1 ; Urs MÜLLER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ELG*, 3ème éd. 2015, p. 275-292, n. 839). Selon la jurisprudence, la réglementation fédérale autorise des restrictions par le droit cantonal de deux manières. D'une part, le remboursement de la franchise peut être limité à son montant minimal lorsqu'une franchise plus élevée (cf. art. 93 al. 1 OAMal) a été choisie pour l'assurance-maladie. Cela correspond à l'ancienne réglementation fédérale (art. 7 aOMPC). D'autre part, il est admissible de fixer un montant maximal pour le remboursement de l'ensemble des frais annuels de maladie et d'invalidité (art. 14 al. 1 let. a-g LPC ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2013 du 31 août 2013 consid. 3.1.1 et les références).

E. 4.1.2

Selon l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. L'art. 64 al. 2 LAMal précise que leur participation comprend un montant fixe (franchise ; let. a) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; let. b).

A/1233/2025 - 6/10 - L'art. 64 al. 5 LAMal dispose qu'en cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution. En application de l'art. 64 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a fixé à CHF 15.- la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier (cf. art. 104 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal – RS 832.102]).

E. 4.2

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 aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture adéquate des prestations. Sur le 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 du 14 octobre 1965 (LPFC – J 4 20) délègue 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, qui répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 de la loi fédérale (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2). Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC – J 4 20.04). Selon l'art. 1 al. 1 RFMPC, le règlement s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI. Aux termes de l'art. 2 RFMPC, sont en outre considérés comme frais de maladie et d'invalidité les frais de lunettes médicales (let. a), ainsi que les frais de pédicure sur prescription médicale (let. b), à certaines conditions. L'art. 8 RFMPC, intitulé «

participation aux coûts », dispose que sont remboursés la participation prévue par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 de cette loi (let. a) et le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal (let. b). Le Département de la solidarité et de l'emploi du canton de Genève a adopté des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : DFM, entrées en vigueur le 1er janvier 2011). Ces dernières prévoient notamment que la participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMal est prise en compte par les prestations complémentaires pour les

A/1233/2025 - 7/10 - coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8 let. a RFMPC ; ch. 7.1 DFM). La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% – voire 20% pour certains médicaments – des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; ch. 7.2 DFM). Le 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 20.01), prévoit quant à lui la prise en compte de la taxe journalière en cas de séjour dans un établissement médico-social ou dans un établissement pour personnes handicapées (art. 4 al. 1). Il est en revanche expressément renvoyé, s'agissant des frais remboursables en application de l'art. 14 alinéas 1 et 2 LPC, au règlement « spécifique » (art. 5), soit, en l'occurrence, le RFMPC cité supra.

E. 4.3

Dans un arrêt du 12 octobre 2021 (ATAS/1045/2021, consid. 7c), la Cour de céans a rappelé que, selon l'art. 64 al. 2 let. a et b LAMal, la participation aux coûts se compose d'un montant annuel fixe, la franchise, et d'un dixième des coûts dépassant la franchise, la quote-part, et que l'art. 64 al. 5 LAMal prévoit en outre un troisième type de participation aux coûts, à savoir la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. Cette contribution est basée sur la considération que l'assuré devrait payer pour son propre entretien s'il n'était pas malade. L'hospitalisation lui épargne des frais, raison pour laquelle sa contribution apparaît justifiée. Partant, la Cour de céans a jugé qu'étant donné que les prestations complémentaires couvrent déjà les coûts des besoins fondamentaux en matière d'alimentation, d'habillement, etc. dans le cadre du montant pour les besoins vitaux généraux (cf. art. 10 LPC, art. 6 LPCC ainsi que l'art. 3 du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance- vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 juin 1999 [RPCC-AVS/AI – J 4 25.03]), le remboursement par le SPC de ce troisième type de participation aux coûts entraînerait une double couverture par les prestations complémentaires et donc une surindemnisation inadmissible. Elle en a déduit que la participation aux coûts sous forme de contribution aux frais d'hospitalisation ne pouvait donc pas être remboursée aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle et que, malgré sa formulation, l'art. 14 al. 1 let. g LPC – qui mentionne toutes les participations aux coûts selon l'art. 64 LAMal –, ne visait en réalité que les franchises et quotes-parts prévues par l'art. 64 al. 2 LAMal (Ralph JÖHL/Patricia USINGER-EGGER, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3ème éd. 2016 p. 1947, n. 268). Elle a relevé en outre qu'au niveau cantonal, l'art. 8 let. a RFMPC n'incluait pas non plus la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation.

E. 5

En l'espèce, il ressort du décompte de prestations établi le 27 juillet 2024 par l'assurance-maladie de l'épouse du recourant que, pour le traitement prodigué du

A/1233/2025 - 8/10 - 21 février au 4 juin 2024 – durant 104 jours soit plus de trois mois – par la Clinique B _____, l'assurance obligatoire des soins a réclamé à l'intéressée une participation de CHF 1'560.- au titre de la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue aux art. 64 al. 5 LAMal et 104 al. 1 OAMal. Ce poste correspond donc à 104 contributions journalières à CHF 15.- selon les art. 64 al. 5 LAMal et 104 al. 1 OAMal.

E. 5.1

L'intimé refuse la prise en charge de la contribution aux frais d'hospitalisation en invoquant la jurisprudence de la Cour de céans, plus particulièrement l'arrêt ATAS/1045/2021 cité supra. Il ajoute qu'en 2024, les montants reconnus à titre de couverture des besoins vitaux pour les couples dont l'un des conjoints a été reconnu invalide à plus de 70% se sont élevés à CHF 30'150.- en matière de prestations complémentaires fédérales à l'assurance-invalidité (ci-après : PCF) et à CHF 44'119.- s'agissant des prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC). Il s'agit là de forfaits fixés par la loi (art 10 al. 1 let. a ch. 2 LPC, s'agissant des PCF et art. 3 al. 1 et 2 LPCC, s'agissant des PCC ainsi que l'art. 3 al. 1 let. g du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 juin 1999 [RPCC-AVS/AI - J 4 25.03]). Ces forfaits légaux comprennent les dépenses suivantes : frais d'alimentation, d'habillement, d'énergie (électricité, gaz, etc.), d'ameublement et de tenue du ménage, d'hygiène et de soins corporels, de transport et de communication, de loisirs et autres frais courants (assurance-ménage, responsabilité civile, impôts). L'intimé en déduit que la prise en charge de la contribution aux frais d'hospitalisation conduirait ainsi à une surindemnisation.

E. 5.2

Le recourant soutient pour sa part que la contribution aux frais d'hospitalisation représente une charge conséquente pour la famille et invoque l'art. 14 al. 1 let g. LPC. Cela étant, ainsi que cela ressort de l'arrêt ATAS/1045/2021, la Cour de céans a déjà jugé que la contribution aux frais d'hospitalisation n'avait pas à être remboursée par le SPC au titre de l'art. 14 al. 1 let. g LPC, ceci afin d'éviter une surindemnisation. Il suffit de renvoyer à la motivation de cet arrêt, développée supra. Le recourant conteste la motivation de ce jugement. Il fait valoir en particulier que, durant l'hospitalisation de sa femme, leurs deux enfants adolescents sont restés « sans les soutiens indispensables », ce qui aurait engendré des coûts et des dépenses supplémentaires imprévus pour la famille – sans toutefois expliciter en quoi ceux-ci auraient consisté, ni fournir le moindre justificatif à l'appui de ses dires. Le recourant se contente de soutenir, sans étayer son argumentation, qu'une hospitalisation génère « de façon générale » des dépenses supplémentaires. Cette allégation ne suffit pas à revenir sur la jurisprudence établie, étant rappelé que le forfait fixé par la loi couvre, comme le souligne l'intimé, les frais d'alimentation,

A/1233/2025 - 9/10 - d'habillement, d'énergie, d'ameublement et de tenue du ménage, d'hygiène et de soins corporels, de transport et de communication. Le remboursement de la contribution aux frais d'hospitalisation conduirait donc indéniablement à une surindemnisation. En revanche, dans la mesure où l'hospitalisation de l'épouse du recourant a duré plus de trois mois, elle tombe dans le champ d'application de l'art. 10 al. 2 LPC, auquel renvoie l'art. 14 al. 1 let. b bis. En tant que personne ayant séjourné pour une période de plus de trois mois dans un hôpital, elle a droit à ce que la taxe journalière pour chacune

des journées facturées par l'hôpital soit prise en compte au nombre des dépenses reconnues dans le calcul du droit aux prestations. Cela étant, cette question excède l'objet de la décision litigieuse, qui se limite à la question du montant des frais de maladie remboursés et non au calcul des prestations complémentaires en tant que telles.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 7

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1233/2025 - 10/10 - 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.