

## **GE\_GERICHTE ATAS/91/2009 vom 29. Januar 2009**

GE Cour de justice, 2009-01-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_91\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_91_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/91/2009 du 29 janvier 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/91/2009 del 29 gennaio 2009

### **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 assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du

#### **E. 6**

octobre 2006. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; cf. également 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]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, de sorte qu'il est recevable.

A/4109/2008 - 4/6 - 3. Le recourant ne contestant pas le calcul des frais de maladie tel qu'il a été effectué par l'intimé, la seule question qu'il incombe au Tribunal de céans de trancher concerne le principe même de la fixation du montant de la prise en charge maximale à 25'000 fr. pour une personne seule à domicile. 4. a) Le but des prestations complémentaires est de couvrir les besoins vitaux des rentiers de l'AVS et de l'AI nécessaires dans une mesure appropriée. Ainsi, les personnes âgées, les veuves, les orphelins et les invalides qui sont dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins peuvent être mis au bénéfice des prestations fédérales ou cantonales. b) Au niveau fédéral, l'art. 2 al. 1 de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et invalidité (LPC) prévoit que les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent l'une des conditions énoncées aux articles 2a à 2d LPC peuvent bénéficier de prestations complémentaires si les dépenses reconnues par la loi fédérale sont supérieures aux revenus déterminants. Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 3a al. 1 LPC). S'y ajoute le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 let. b LPC). c) S'agissant plus particulièrement de ces frais de maladie, l'art. 14 LPC précise que les cantons doivent rembourser à ce titre aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire (let. a), les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), les frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c), les frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d), les frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e), les frais de moyens auxiliaires (let. f), ainsi que les frais

payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g). Le législateur fédéral a délégué aux cantons la possibilité de préciser quels frais peuvent être remboursés et de limiter leur remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Il leur a également offert la possibilité de fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité remboursés en plus de la prestation complémentaire annuelle, en précisant toutefois que ces montants ne pourraient être inférieurs à 25'000 pour les personnes seules vivant à domicile (art. 14 al. 3 let. a ch. 1 LPC). A Genève, ainsi que l'a indiqué l'intimé, le législateur a décidé de ne pas rembourser de frais au-delà du montant minimal fixé par le droit fédéral, ainsi que cela ressort de l'art. 2 al. 1 let. c ch. 1 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPFC; J 7 10).

A/4109/2008 - 5/6 - L'argumentation du recourant qui s'interroge sur le fait que la totalité des frais engendrés par le maintien à domicile de sa mère ne puissent être pris en charge dans la mesure où ils s'avèrent moindres comparé au coût d'une prise en charge en EMS se révèle donc vaine, car le juge cantonal est tenu d'appliquer la loi fédérale (art. 191 Cst.; cf. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3a Cst.) à laquelle renvoie la législation cantonale en l'occurrence. A la lecture des dispositions légales rappelées supra, force est de constater que c'est à juste titre que l'intimé a refusé de prendre en charge la part des frais de maladie de l'année 2007 dépassant le montant de 25'000 fr. Le recours est donc rejeté.

A/4109/2008 - 6/6 -

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