

GE_GERICHTE A/1623/2022 vom 8. Dezember 2022

GE Cour de justice, 2022-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1623_2022

FR: GE_GERICHTE A/1623/2022 du 8 décembre 2022

IT: GE_GERICHTE A/1623/2022 del 8 dicembre 2022

Erwägungen

E. 3

La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications également entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Celles-ci sont applicables en l'espèce, dès lors que c'est le droit aux prestations complémentaires en 2021 et 2022 qui est litigieux. Ce droit doit ainsi être examiné à l'aune des nouvelles dispositions.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA; art. 43 LPCC; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

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 - J 4 20]; art. 43 LPCC).

E. 5

Le litige porte sur le montant de la participation aux frais de maladie facturée à la recourante par l'EMS dans lequel elle réside, singulièrement sur le montant que l'intimé doit prendre en charge (intégralité des frais ou CHF 8.- seulement).

E. 6

E. 6.1

Le séjour dans un EMS comprend, d'une part, des prestations de soins, d'autre part, des prestations socio-hôtelières (hébergement, restauration, intendance-housekeeping, intendance-buanderie, encadrement socio-culturel, animation, direction administration et technique-maintenance ; Erwin CARIGIET / Uwe KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2021, n° 702, p. 270 ; Stéphanie PERRENOUD, *Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ?* in RSAS 2015 p. 534 et 539). Le coût des prestations socio-hôtelières est exclusivement à la charge du résident. En revanche, les prestations de soins sont financées conformément à l'art. 25a LAMal (Erwin CARIGIET / Uwe KOCH, *ibidem* ; Stéphanie PERRENOUD, *ibidem*).

E. 6.2

A teneur de l'art. 25a al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment () dans des EMS. L'alinéa 5, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2019, prévoit, quant à lui, que les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à

hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. () Le séjour dans un EMS ne fonde aucune nouvelle compétence. Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de la personne assurée dans un EMS de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de la personne assurée à séjourner dans l'EMS en question sont garantis pour une durée indéterminée. Les art. 7 et 7a de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) prévoient que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les examens, les traitements et les soins effectués, selon l'évaluation des soins et sur prescription médicale ou sur mandat médical, par des EMS. Les montants pris en charge par jour sont définis en fonction du nombre de minutes de soins requises.

E. 6.3

En résumé, l'art. 25a LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, répartit la charge des frais des soins en cas de maladie sur trois débiteurs. Premièrement, une contribution financière aux soins dispensés est fournie par l'assurance obligatoire des soins. Le DFI a fixé des tarifs journaliers échelonnés en fonction de la durée des soins requis, de CHF 9.- à CHF 108.- (CHF 115.20 depuis le 1^{er} janvier 2020 ; cf. art. 7a al. 3 OPAS, sur délégation de l'art. 33 let. b et i de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995; OAMal; RS 832.102) [part de l'assureur]. Deuxièmement, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent, les cantons étant libres d'adopter une solution plus favorable aux assurés, être répercutés sur la personne assurée. Pour éviter qu'une charge démesurée ne pèse sur celle-ci, l'art. 25a al. 5 LAMal a limité sa part à 20% au plus de la contribution maximale versée par l'assureur social, soit à 20% de CHF 108.- (CHF 115.20 depuis le 1^{er} janvier 2020) ou CHF 21.60 (CHF 23.05 depuis le 1^{er} janvier 2020) par jour [part de l'assuré]. Troisièmement, le financement des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur, ni par l'assuré est à régler par le canton, selon l'art. 25a al. 5 in fine LAMal [part résiduelle] (arrêt du Tribunal fédéral 2C/728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.2). Le canton doit garantir la couverture intégrale des coûts des soins après contribution de l'assurance obligatoire de soins et participation de l'assuré (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2018, n° 29 ad art. 25a LAMal).

E. 6.4

En cas de séjour dans un EMS hors canton (cf. art. 25a al. 5 LAMal), le Tribunal fédéral a considéré (ATF 148 V 242) que le financement résiduel suivait les règles du canton où se situe l'EMS lorsqu'il n'y a pas de places disponibles dans un EMS du canton de domicile qui soit situé à proximité, celles du canton de domicile lorsque de telles places sont disponibles (consid. 7.2). Lorsque des places en EMS sont librement disponibles dans le canton de domicile, la personne concernée doit assumer le risque d'être confrontée, le cas échéant, à des frais de soins non couverts (Hardy LANDOLT, commentaire de l'ATF 148 V 242 in Pra 2022 n° 63).

E. 6.5

Dans la mesure où la réglementation du financement résiduel incombe aux cantons, ceux-ci disposent d'une large marge de manœuvre en la matière et ils ont notamment la possibilité de réduire ou de supprimer la participation aux soins des personnes résidant en EMS (ATF 138 I 410 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 du 23 décembre 2011, consid. 3.2; voir également Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 536). Le canton de Genève, pour sa part, a opté pour une limitation de la participation de l'assuré à CHF 8.- par jour (cf. arrêté déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins non pris en charge par les assurances sociales et fournis aux assurés suivis en ambulatoire ou en établissements médicaux sociaux adopté le 19 décembre 2018 par le Conseil d'Etat genevois, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019).

E. 7

!

E. 7.1

Pour s'acquitter du prix journalier d'un séjour en EMS à sa charge, le résident doit utiliser l'ensemble de ses ressources (rentes, rendement de la fortune, part de sa fortune). Lorsque ses ressources ne permettent pas de couvrir ses dépenses, le résident peut demander des prestations complémentaires (Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 542) Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions (personnelles) prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui reçoivent une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC. Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC).

E. 7.2.1

Aux termes de l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis : a. frais de traitement dentaire; b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires; b bis . frais de 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, depuis l'admission dans le home ou l'hôpital; c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin; d. frais liés à un régime alimentaire particulier; e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche; f. frais de moyens auxiliaires; g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (al. 1). 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 économique et adéquate des prestations (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs à CHF 6'000.- pour les personnes vivant dans un home ou un hôpital (al. 2). La liste des frais de maladie et d'invalidité est exhaustive. Cela étant, les cantons peuvent prévoir d'autres catégories de frais dans leur législation cantonale (Hardy LANDOLT, Pflegekosten und Ergänzungsleistungen, in Pflgerecht 2013, p. 220).

E. 7.2.2

L'art. 2 al. 1 let. c de la loi genevoise sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (J 4 20; LPFC) 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 LPC (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2). L'art. 5 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 20.01) rappelle ce qui précède, en prévoyant que les frais remboursables, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, sont fixés par un règlement spécifique.

E. 7.2.3

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 (RFMPC; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011. Ainsi, à teneur de l'art. 8 let. b RFMPC, le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal est notamment remboursé.

E. 7.3

Sur le plan cantonal, l'art. 3 al. 4 LPCC prévoit que les bénéficiaires du revenu minimum cantonal d'aide social, qui leur est garanti par le versement de prestations cantonales complémentaires à l'AVS/AI (art. 1 al. 1 LPCC), ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans les limites définies par la législation fédérale, mais seulement jusqu'à concurrence du solde non remboursé au titre de prestations complémentaires fédérales.

E. 8

!

E. 8.1

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; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 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).

E. 8.2

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure

où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Mais avant de statuer en l'état du dossier, l'administration devra avertir la partie défaillante des conséquences de son attitude et lui impartir un délai raisonnable pour la modifier; de même devra-t-elle compléter elle-même l'instruction de la cause s'il lui est possible d'élucider les faits sans complications spéciales, malgré l'absence de collaboration d'une partie (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b; ATF 108 V 229 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 59/02 du 28 août 2003 consid. 3.3 et les références).

E. 9

9.1.1. En l'espèce, la recourante séjourne, depuis le 1^{er} septembre 2021, dans un EMS situé dans le canton de Lucerne. Celui-ci lui a adressé les factures suivantes concernant les prestations socio-hôtelières et les prestations de soins des mois de septembre 2021 à janvier 2022 inclus : période prestations socio-hôtelières frais divers prestations de soins caisse-maladie commune recourante septembre 2021 4'530.00 372.00 576.00 60.00 600.00 octobre 2021 4'681.00 12.00 796.80 290.90 683.00 novembre 2021 4'530.00 12.00 864.00 387.00 690.00 décembre 2021 4'681.00 12.00 892.80 399.90 713.00 janvier 4'681.00 12.00 892.80 399.90 713.00 Conformément à la clé de répartition prévue notamment par l'art. 25a LAMal, le prix du séjour à l'EMS est réparti comme suit : - les prestations socio-hôtelières sont intégralement à la charge de la recourante; -

les prestations de soins sont prises en charge par l'assurance de base au tarif prévu par l'art. 7b OPAS (colonne « caisse maladie »), le financement résiduel étant quant à lui réparti entre le canton, voire la commune (colonne « commune ») et l'assurée (colonne « recourante »).

9.1.2. Vu les montants indiqués sur les factures litigieuses, l'EMS a, à raison, facturé ses prestations conformément à la réglementation lucernoise, la contribution personnelle du résidant étant comprise entre CHF 20.- et CHF 23.- par jour, alors que, selon la réglementation genevoise, cette contribution ne s'élève qu'à CHF 8.- (cf. arrêté du Conseil d'Etat du 19 décembre 2018 en la matière). Dans la mesure où la recourante, qui était domiciliée à Genève lors de l'octroi initial des prestations complémentaires, a choisi un EMS dans le canton de Lucerne par convenance personnelle et non en raison d'un manque de places à Genève, c'est ce dernier canton qui est compétent pour verser le financement résiduel, selon sa propre législation. Or, Genève a choisi de répercuter seulement CHF 8.- sur le résident, comme cela ressort de l'arrêt du Conseil d'Etat du 19 décembre 2018, le reste du financement étant à la charge du canton, voire, en l'occurrence, du résident, selon les modalités prévues par la loi.

E. 9.2

La recourante n'ayant pas suffisamment de ressources pour couvrir les frais de son séjour en EMS, l'intimé l'a mise au bénéfice de prestations complémentaires. Il a retenu, pour les prestations socio-hôtelières, un montant journalier de CHF 151.- à titre de frais de pension (entre CHF 4228.- et CHF 4'681.- par mois) et un forfait mensuel pour dépenses personnelles CHF 300.-, étant précisé que le montant de CHF 151.- reconnu par le SPC correspond exactement au montant facturé par l'EMS à titre de prestations socio-hôtelières. Quant au montant de CHF 300.- par mois, il vise notamment à payer les CHF 12.- de frais divers. S'agissant des prestations de soins, elles doivent être prises en considération conformément aux art. 14 LPC, 2 al. 1 let. c LPFC, 5 RPFC et 8 let. b RFMPC. Ainsi, à teneur de ces dispositions, le SPC rembourse le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire

en application de l'art. 25a al. 5 LAMal. Or, comme on l'a vu ci-dessus (consid. 9.1.2), seul un montant de CHF 8.- pouvait être répercuté sur la recourante. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que le SPC a limité la prise en charge des frais de maladie à CHF 8.- par jour, car c'est ce montant qui aurait dû être répercuté sur la recourante conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.![endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGa a contrario). 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.