

GE_GERICHTE A/2553/2010 vom 23. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2553_2010

FR: GE_GERICHTE A/2553/2010 du 23 mars 2011

IT: GE_GERICHTE A/2553/2010 del 23 marzo 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée c/o Maison de retraite X _____, à Genève, représentée par son fils, Monsieur B _____ recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, Genève intimé EN FAIT Madame B _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1931, est au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente de vieillesse depuis plusieurs années. Les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), département de réhabilitation et gériatrie, ont avisé le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après SPC, ex-OCPA) que l'assurée est hospitalisée dans leur établissement depuis le 19 mai 2008. L'assurée a communiqué au SPC en date du 6 février 2009 copie d'un courrier des HUG du 28 janvier 2009 aux termes duquel son hospitalisation n'étant actuellement plus justifiée pour des raisons médicales, l'assurance-maladie contribue à la prise en charge du séjour à hauteur de 70 fr. par jour, montant forfaitaire correspondant aux soins de base. La partie correspondant aux frais de pension est facturée mensuellement sur la base d'un tarif forfaitaire journalier, non à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Le 23 juillet 2009, la maison de retraite X _____ a informé le SPC de l'entrée de sa résidente en date du 22 juillet 2009, venant de l'Hôpital de Loëx, au tarif journalier de 192 fr. Le 23 juillet 2009, les HUG, service de soins continus, site de Loëx, ont informé le SPC que l'assurée était sortie de l'Hôpital de Loëx pour entrer chez X _____. Par décision du 30 juillet 2009, le SPC a recalculé les prestations dues à l'assurée, la mettant au bénéfice de prestations complémentaires fédérales de 4'371 fr. par mois dès le 1 er juillet 2009. Par décision séparée du 30 juillet 2009, le SPC a réclamé à l'assurée la restitution d'un montant de 1'407 fr. correspondant à des prestations versées en trop du 1 er juillet 2009 au 31 juillet 2009. Le 24 août 2009, la maison de retraite X _____ a adressé au SPC diverses factures des HUG relatives à l'hospitalisation de l'assurée en attente de trouver un lieu adéquat (EMS). Il s'agissait des factures originales concernant les mois de mai, juin et juillet 2009 pour les frais non couverts par l'assurance de base, à savoir des soldes à charge de l'assurée pour son hospitalisation à l'Hôpital de Loëx. Ces factures s'élevaient à 42'315 fr. au total pour la période du 9 janvier au 22 juillet 2009. Le 3 décembre 2009, la recourante a communiqué au SPC l'augmentation du prix de la pension à compter du 1 er janvier 2010, soit 209 fr. par jour. Par décision du 9 décembre 2009, le SPC a recalculé le droit aux prestations de l'assurée, la mettant au bénéfice de prestations complémentaires fédérales de 4'895 fr. par mois dès le 1 er janvier 2010. Par décision du 23 février 2010, communiquée à l'assurée le 25 février 2010, le SPC a repris le calcul des prestations complémentaires pour la période du 1 er janvier 2009 au 30 juin 2009 durant laquelle l'assurée était en attente de placement. Le SPC a tenu compte des factures des HUG pour un montant total de 37'541 fr. Le montant rétroactif de 27'616 fr. a été réparti comme suit : 25'889 fr. 45 versé aux HUG en paiement partiel des factures susmentionnées,

le solde étant à la charge de l'assurée, et 1'726 fr. 55 versé sur le compte de la MRPS (maison de retraite X_____ ?) pour les dépenses personnelles de l'assurée durant cette même période. Par courrier recommandé du 18 mars 2010, l'intéressée, représentée par son fils, a formé opposition. Elle conteste le fait de devoir payer environ 10'000 fr., montant dont elle ne dispose pas. Elle relève que les rentes ont servi à payer le loyer de son appartement, car jusqu'au dernier instant, elle a cru pouvoir retourner à la maison. Le fils de l'assurée explique qu'il avait eu des contacts avec les services à domicile, mais que rien n'avait pu être fait. Il fait valoir qu'il n'y a pas eu d'enrichissement, l'appartement de sa mère étant resté vide tout le temps. L'attente en vue de placement n'est à son avis pas très au point et le long délai d'attente pose beaucoup de problèmes. Il expose qu'il perçoit un salaire de 5'000 fr., qu'il a quatre enfants à charge et que sa sœur ne peut pas non plus apporter une aide financière à leur mère. Il a sollicité du SPC de revenir sur la décision et de payer la totalité des factures des HUG. Par courrier du 19 mars 2010, le fils de l'assurée a informé le SPC qu'après contact avec l'assistant social de la maison de retraite X_____, il semblerait que la facture de l'hôpital de Loëx du mois de juillet 2009 de 4'774 fr. envoyée avec les autres factures le 24 août 2009 au SPC, n'a pas été prise en compte dans le calcul du 25 février 2010. Par décision du 24 juin 2010, le SPC a admis partiellement l'opposition. Pour la période courant du 1 er janvier 2009 au 30 juin 2009, le SPC considère que l'assurée doit être considérée comme une personne vivant dans un home ou un hôpital, les HUG ayant facturé un tarif de pension de 217 fr. par jour. Pour les personnes vivant à domicile, les dépenses destinées à la couverture des besoins vitaux comprennent notamment le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs. En revanche, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou un hôpital, les dépenses reconnues comprennent notamment la taxe journalière et un montant pour les dépenses personnelles. C'est par conséquent un montant de 59'892 fr. qui est désormais retenu à titre de frais de pension en lieu et place de 58'765 fr. Il en résulte un montant rétroactif de 94 fr. en faveur de l'assurée. Pour la période du 1 er juillet 2009 au 31 juillet 2009, l'assurée a été admise à la maison de retraite dont le prix de pension journalier s'élevait à 192 fr. en 2009. Dès lors, le prix de pension annualisé revient à 70'084 fr. Or, du 1 er juillet 2009 au 22 juillet 2009, l'assurée a été hospitalisée et les HUG ont facturé un tarif de pension de 217 fr. par jour, montant qui a été pris en compte. Selon le nouveau plan de calcul, c'est un montant de 78'024 fr. qui est retenu à titre de frais de pension en lieu et place de 70'080 fr. L'assurée a droit à un rétroactif de 662 fr. pour cette période. Par acte du 20 juillet 2010, le fils de l'assurée, agissant au nom et pour le compte de cette dernière, interjette recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il relève que du 1 er janvier au 31 juillet 2009, sa mère avait effectué un séjour qui n'équivaut pas à permanent ou de longue durée. Il soutient aussi que les factures sont émises par les HUG et que rien ne laisse penser que sa mère est dans un EMS. Si un EMS avait été disponible tout de suite, il n'y aurait eu aucun problème. Sa mère a été placée à l'Hôpital de Loëx en attente d'une place et il considère qu'on ne peut pas lui faire payer le manque de disponibilité des EMS. Par ailleurs, la facture de l'hôpital de Loëx de juillet 2009 de 4'774 fr. n'a à son avis pas été prise en compte par le SPC. Il fait valoir au surplus que sa mère ne dispose d'aucune somme d'argent pour pouvoir restituer le montant de près de 10'000 fr. qu'on lui demande. Il demande l'annulation de la décision du SPC du 24 juin 2010 et la prise en charge par ce dernier de la totalité des factures des HUG. Dans sa réponse du 12 août 2010, le SPC conclut au rejet du recours. Le Tribunal a ordonné la comparution des mandataires en date du 6 octobre 2010. Le fils de la recourante a exposé que sa mère vivait

encore à domicile jusqu'au moment où elle est entrée à l'Hôpital de Beau-Séjour en 2008, avant d'être transférée au CESCO. A sa sortie, en janvier 2009, elle a été envoyée à l'Hôpital de Loëx, Les médecins avaient proposé qu'elle aille dans un EMS, mais lui pensait qu'elle pouvait rentrer à domicile. Sa mère séjournait à Loëx en attente de trouver une place dans un EMS ; c'est en juillet 2009 qu'elle a pu entrer chez X_____. Du 1^{er} janvier 2009 au 13 juillet 2009, il a dû payer les loyers de l'appartement de sa mère, soit 1'700 fr. par mois, étant persuadé qu'elle pourrait rentrer à domicile. Finalement sa mère a choisi d'entrer dans un EMS et il a résilié le bail pour fin juillet 2009. Comme sa mère n'avait pas signé la résiliation, la régie n'a pas accepté et finalement la résiliation a eu lieu pour la mi-août 2009. L'intimé a indiqué que pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009, il a pris en compte le loyer, plafonné à 13'200 fr. par an. Il a considéré que durant cette période de six mois, l'assurée avait eu le temps de résilier le bail. En effet, l'assurée était hospitalisée depuis le 9 janvier 2009 à l'Hôpital de Loëx en attente d'un placement en EMS. Dès ce moment-là, un retour à domicile n'était plus envisageable. Concernant le séjour hospitalier du 1^{er} au 22 juillet 2009, le SPC a pris en compte, dans sa décision sur opposition, le montant facturé par les HUG, soit 217 fr. par jour, comme pour la période du 9 janvier 2009 au 30 juin 2009. Au vu des explications de l'intimé, le fils de la recourante a confirmé que pour ce qui concerne les factures des HUG, ces points ne sont plus litigieux. Reste en revanche la question du loyer. A l'issue de l'audience, le Tribunal a octroyé un délai à la recourante pour produire la lettre de résiliation du bail et celle de la régie acceptant de la libérer du paiement du loyer à compter du 15 août 2009. Dans le délai imparti, le recourant a produit les pièces requises, rappelant qu'il a rédigé la lettre le jour même où il apprit que sa mère allait entrer dans un EMS. Il explique qu'il reste un montant de 2'000 fr. ouvert auprès de la régie et propose que le SPC prenne en charge un mois et demi, soit 1'800 fr, lui-même s'acquittera alors des 200 fr. restants. Dans sa réponse du 23 novembre 2010, l'intimé rappelle que l'assurée a été hospitalisée le 19 mai 2008, que dès le 9 janvier 2009, l'assureur-maladie a réduit ses prestations et les HUG ont facturé un tarif de pension de 217 fr. par jour. Ainsi, depuis le 9 janvier 2009, la recourante se trouvait en attente d'un placement en EMS et devait être considérée - du point de vue des prestations complémentaires - comme une personne vivant dans un home ou un hôpital. Le loyer a été pris en compte jusqu'au 30 juin 2009, soit pendant six mois, et jusqu'au dernier jour du mois précédant son entrée en EMS. L'intimé considère qu'il n'a pas à prendre en compte le loyer postérieurement au 30 juin 2009, un retour de la recourante dans son appartement étant improbable, et conclut au rejet du recours. Cette écriture a été communiquée à la recourante. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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 (loi sur les prestations complémentaires, LPC ; RS 831.30), ainsi que celles 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; J 7 15). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est

entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le régime des prestations complémentaires de l'AVS/AI. Ses dispositions s'appliquent aux prestations versées par la Confédération et les cantons en vertu du chapitre 1a, à moins que la LPC n'y déroge expressément (cf. art. 1 al. 1 LPC). Sur le plan cantonal, l'art. 1A LPCC prévoit qu'en cas de silence de la loi, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie. La loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité a été remplacée - à la suite de l'adoption de la loi fédérale concernant l'adoption et la modification d'actes dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 6 octobre 2006 (RO 2007 5779) - par la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires, LPC), entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Dès lors que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et que le juge se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220 et les références), sont applicables en l'occurrence les dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2008. Le recours, interjeté dans la forme prescrite le 20 juillet 2010 contre la décision du 24 juin 2010 est recevable, étant relevé au surplus que les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. c, 56 et 60 LPGA, 9 LPC et 43 LPCC). Déterminé par la décision du 24 juin 2010 et les conclusions des parties, l'objet du litige ne porte plus que sur la question de la prise en compte du loyer de la recourante jusqu'à la date de l'acceptation de la résiliation du bail au 15 août 2009 (recte : 15 septembre 2009 ?), suite à son entrée en EMS. Il convient préalablement de déterminer si, et le cas échéant depuis quand, la recourante fait partie de la catégorie des personnes vivant à domicile ou de la catégorie des personnes vivant dans un home ou dans un hôpital. a) 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. Les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la différence entre les dépenses reconnues et les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC). La prestation complémentaire annuelle est donc fonction du montant des revenus et des dépenses. Pour établir le montant des revenus déterminants et des dépenses reconnues, la loi distingue entre les personnes qui vivent à domicile et celles qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (art. 10 et 11 LPC). Ainsi, la manière de calculer le montant des revenus et des dépenses est fonction du statut de l'intéressé. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LPC, 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 notamment un montant destiné à la couverture des besoins vitaux, le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs. Le montant annuel maximal reconnu pour le loyer est de 13'200 fr- pour les personnes seules (art. 10 al. 1 let. b chiffre 1 LPC). Selon l'art. 10 al. 2 LPC, 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 dans un hôpital), les dépenses reconnues comprennent notamment la taxe journalière et un montant pour les dépenses personnelles. Sont en outre reconnus comme dépenses, pour toutes les personnes (art. 10 al. 3 LPC : les frais

d'obtention du revenu (let. a), les frais d'entretien des bâtiments et les intérêts hypothécaires (let. b), les cotisations aux assurances sociales de la confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie (let. c), le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins (let. d) et les pensions alimentaires versées en vertu du droit de la famille (let. e). Le statut de l'intéressé a également une incidence sur le montant de la fortune qui sera pris en compte. Ainsi, lorsque l'intéressé se trouve dans un home ou dans un hôpital, les cantons peuvent diminuer ou augmenter jusqu'à un cinquième au plus, la prise en compte de la fortune (art. 11 al. 2 LPC). Enfin, le statut de l'intéressé a également des conséquences sur le montant qu'il peut obtenir pour le remboursement de frais de maladie et d'invalidité (art. 14 LPC). Sur le plan cantonal, la LPCC renvoie à la réglementation fédérale pour le calcul du revenu déterminant et des dépenses (art. 5 et 6 LPCC, dans leur version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Selon les Directives établies par l'OFAS concernant les prestations complémentaires à l'AVS/AI (DPC), état au 1^{er} janvier 2009, le séjour dans un home ou dans un hôpital doit être considéré comme durable lorsque le bénéficiaire a résilié son appartement, ou si un retour à la maison apparaît comme très improbable. Tant et aussi longtemps qu'un retour à la maison est encore possible et qu'il y a maintien simultané de l'appartement, le calcul des prestations complémentaires s'opère selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, en cas de séjour jusqu'à une année. Les frais de loyer et les frais accessoires y relatifs sont alors pris en compte comme dépenses supplémentaires. Lorsque le séjour dans un home ou dans un hôpital dépasse une année, plus aucune dépense de loyer ne peut être prise en compte pour l'appartement (DPC n° 4010 à 4013). S'agissant des établissements dans lesquels doit s'effectuer le séjour permanent ou pour une longue période, le Conseil fédéral a, sur délégation de l'art. 9 al. 5 let. h LPC, défini le « home » en tant que notamment toute institution qui est reconnue comme telle par un canton ou qui dispose d'une autorisation cantonale d'exploiter (art. 25a al. 1 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI) dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008). Les directives précitées ont par ailleurs apporté des précisions quant aux autres institutions visées par la loi. Il en résulte notamment que des institutions analogues à un home valent comme homes lorsqu'elles sont reconnues comme telles par un canton, ou qu'elles disposent d'une autorisation cantonale d'exploiter. Par ailleurs, toutes les institutions figurant sur la liste des établissements médico-sociaux reconnus au sens de l'art. 39 al. 3 LAMal valent comme home sous l'angle des prestations complémentaires. Enfin, sont considérées comme hôpital, les institutions qui remplissent les conditions prévues à l'art. 39 LAMal (DPC n° 4000). A cet égard, il y a lieu de rappeler que le Tribunal fédéral des assurances a jugé que pour déterminer s'il y a un séjour dans un home au sens du droit des prestations complémentaires, l'élément déterminant est la nécessité, pour la personne accueillie, de séjourner dans un home. Si tel est le cas, il y a lieu d'examiner si l'institution en question, laquelle n'était en l'occurrence pas reconnue par la législation cantonale, est en mesure de répondre de manière adéquate à cette nécessité, en vérifiant si les conditions requises en matière d'organisation, d'infrastructures et de personnel sont remplies (ATF 118 V 142 ; RCC 1992 p. 471). Conformément à l'arrêt précité, le Tribunal cantonal des assurances sociales a jugé que le séjour en hôpital en attente d'un placement en EMS est assimilable à un séjour en home au sens du droit des prestations complémentaires (art. 10 al. 2 LPC), lorsqu'il est établi que la personne nécessite d'être placée dans un home. En outre, dans la mesure où le séjour est effectué dans un hôpital répondant aux conditions de l'art. 39

LAMal, il y a lieu de retenir que cette institution répond de manière adéquate aux besoins de la personne (cf. ATCAS du 19 juin 2009, ATAS/757/2009). En l'occurrence, il résulte des pièces du dossier que la recourante a été hospitalisée aux HUG, service de réhabilitation et gériatrie en date du 19 mai 2008, puis transférée en janvier 2009 à l'Hôpital de Loëx, qui constitue l'un des quatre sites hospitaliers des HUG. Le 22 juillet 2009, elle est entrée à l'EMS X_____. Selon le courrier de l'Hôpital de Loëx du 28 janvier 2009, le séjour à l'hôpital n'était alors plus justifié pour des raisons médicales. Il convient ainsi d'admettre que depuis le 28 janvier 2009, le séjour à l'hôpital était en attente d'un placement en EMS, un retour à domicile apparaissant très improbable. C'est d'ailleurs pourquoi l'Hôpital de Loëx a informé la recourante que désormais les frais de pension sont facturés mensuellement sur la base d'un tarif forfaitaire journalier, non à charge de l'assurance-maladie obligatoire, cette dernière prenant en charge uniquement un montant forfaitaire journalier de 70 fr. correspondant aux soins de base. Selon la facture des HUG du 14 avril 2009, un montant journalier de 217 fr. a été facturé dès le 9 janvier 2009. Par conséquent, depuis le 9 janvier 2009, le calcul des prestations complémentaires doit se faire conformément à l'art. 10 al. 2 LPC, applicable aux personnes qui vivent en permanence ou pour une longue durée dans un home ou un hôpital. S'agissant du loyer, il convient de se référer à l'art. 10 al. 1 LPC applicable aux personnes vivant à domicile et de considérer que la recourante, hospitalisée depuis le 19 mai 2008 aux HUG a droit au paiement du loyer (plafonné) jusqu'à une année au maximum. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que l'intimé a correctement appliqué les dispositions légales en prenant en charge le loyer jusqu'au 30 juin 2009 encore. Mal fondé, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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