

## **GE\_GERICHTE A/27/2011 vom 3. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_27\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_27_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/27/2011 du 3 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/27/2011 del 3 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Madame T \_\_\_\_\_, domiciliée à Chêne-Bourg, représentée par PROCAP Service juridique recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, Genève intimé EN FAIT Madame T \_\_\_\_\_, née en 1964, au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité, reçoit des prestations complémentaires cantonales et fédérales depuis 2007. Par courriers des 8 et 9 février 2010, l'assurée a informé le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après le SPC) qu'à la suite d'un changement important de réfraction, le remplacement des verres de ses deux paires de lunettes actuelles était nécessaire et qu'elle avait également besoin de deux autres paires de lunettes sur lesquelles elle pouvait ajouter l'un des deux filtres médicaux selon la situation. Ce courrier a été contresigné par le Docteur A \_\_\_\_\_, ophtalmologue. Elle a communiqué au SPC l'ordonnance établie par le Dr A \_\_\_\_\_ le 11 février 2010, puis le devis de X \_\_\_\_\_ du 5 mars 2010 portant sur un clip avec verres filtre médical ML511 et un clip avec verres filtre médical ML511 Transitions, pour un total de 751 fr., et un second devis, également daté du 5 mars 2010 relatif à deux montures, des paires de verres distance, dégressifs, multifoyer, et multifoyer avec filtre médical ML511 Transitions, pour un total de 4'346 fr. Par deux courriers datés du 18 mars 2010, le SPC a rappelé à l'assurée que les personnes au bénéfice de prestations complémentaires cantonales avaient droit au remboursement des frais d'achat de lunettes, une fois par année civile, sous déduction de la participation de la caisse-maladie, à raison de 150 fr. au maximum pour la monture et du prix effectif pour les verres qui doivent être simples et adéquats. Le 12 septembre 2010, l'assurée a produit le décompte de prestations de sa caisse-maladie, selon lequel un montant de 324 fr. lui était remboursé. Bien que consciente de ce que le SPC ne rembourse qu'une monture, elle insiste sur la nécessité pour elle d'avoir à acheter deux montures semblables afin de n'avoir à changer, en cas de changement de réfraction, que les verres, tout en gardant les filtres. Sur demande du SPC, l'assurée a produit copie de la facture de X \_\_\_\_\_ du 21 avril 2010 pour le montant de 5'109 fr., à savoir 751 fr. + 4'346 fr. Par décision du 14 octobre 2010, le SPC a fixé le montant de sa participation à 2'354 fr., soit 150 fr. pour les montures, 2'168 fr. pour les verres, et 36 fr. pour le décompte de la caisse-maladie. L'assurée a formé opposition le 25 octobre 2010. Elle rappelle que "malvoyante, je nécessite plusieurs corrections visuelles différentes selon les tâches que je suis amenée à effectuer dans ma vie quotidienne. Cela a pour conséquences des frais élevés à chaque changement dans mes troubles de réfraction, puisque tous mes verres sont à changer en même temps. Vivant de ma rente AI pleine et des prestations complémentaires, je suis dans l'incapacité de supporter ces frais, aussi élevés qu'indispensables". Elle explique que "comme ma pathologie entraîne des changements fréquents de ma réfraction et que mes corrections n'étaient pas toutes satisfaisantes pour des raisons techniques, les verres dégressifs - qui

avaient été remboursés par le SPC l'année dernière - qui étaient fabriqués avec des filtres, ne pouvaient pas être totalement ajustés à mes besoins de correction trop complexe. Il en a résulté une sous-correction en vision proche qui était très gênante. C'est alors que j'ai eu l'idée, qui faisait d'une pierre plusieurs coups. Comme j'avais besoin d'une paire supplémentaire avec des verres monofocaux distances pour des raisons que j'ai déjà expliquées, et que tout comme les verres pour le travail proche, j'ai parfois besoin de filtres plus ou moins foncés, j'ai regardé avec mon opticien s'il n'était pas possible de faire exécuter les filtres sur des clips sans correction, et qui soient interchangeables avec ces deux paires de lunettes qui elles auraient toutes les corrections optiques, et dont la monture serait identique afin de permettre aux clips de passer de l'une à l'autre. Evidemment, la première fois cela engendre des frais plus élevés. Mais ensuite, si ma réfraction change à nouveau, les clips pourront être réutilisés sans autre, étant entendu que je vais garder ces mêmes montures le plus longtemps possible. Ainsi, seuls les verres seront changés en cas de nécessité durant les années prochaines, et je verrai mieux à l'ordinateur puisque je serai suffisamment corrigée. Bref, j'avais expliqué tout cela dans mes lettres du 8 janvier et 9 février 2010. Je ne manque pas de créativité pour chercher des solutions, j'ai visé l'économique à long terme". Elle précise qu'elle a préalablement adressé au SPC un devis et qu'elle a ensuite appelé Monsieur U \_\_\_\_\_, lequel lui avait assuré que le SPC prendrait en charge le tout et qu'il lui suffisait d'envoyer la facture. L'assurée déclare ainsi que "ce n'est évidemment que parce que j'ai eu l'assurance que le SPC financerait ces verres que j'ai enfin donné le feu vert à mon opticien pour commander les verres en avril". Par décision du 24 novembre 2010, le SPC a rejeté l'opposition. Il s'est référé à son courrier du 18 mars 2010, ainsi qu'au certificat du Dr A \_\_\_\_\_ ne prévoyant pas la nécessité d'une prise en charge de deux paires de lunettes, et a souligné que c'est ainsi à titre exceptionnel qu'il avait néanmoins accordé le remboursement de 2'168 fr. sur les deux paires de verres les plus chères, soit 2'526 fr. (1'376 fr. + 1'152 fr.), sous déduction de la participation de la caisse-maladie (324 fr., plus 36 fr. remboursés par le SPC). L'assurée, représentée par PROCAP Service juridique, a interjeté recours le 6 janvier 2011 contre ladite décision. Elle joint un certificat du Dr A \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010 attestant de la nécessité pour elle de bénéficier de quatre paires de lunettes et de deux paires de filtres médicaux. Elle ne comprend pas sur quelle base légale le SPC se fonde pour limiter sa prestation à 150 fr. par an pour la monture. Elle conclut dès lors à la prise en charge complète des frais litigieux et à l'annulation des décisions des 14 octobre et 24 novembre 2010. Dans sa réponse du 3 février 2011, le SPC cite l'art. 6 al. 2 let. a du règlement d'application de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 juin 1999 (RPCC ; RS J 7 15.01) qui ne prévoit le remboursement que d'une seule monture par an à concurrence d'un montant maximal de 150 fr. S'agissant des verres, le SPC relève que si la loi ne vise qu'une seule monture, c'est à l'évidence une seule paire de verres qui peut être remboursée. Dans sa réplique du 23 février 2011, l'assurée considère au contraire que le remboursement d'une paire de lunettes par année, prévue à l'art. 2 let. a du 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), est purement exemplatif et n'exclut en aucun cas une prise en charge de plusieurs paires de lunettes (montures et verres) par an, à la seule condition que lesdits verres représentent des dépenses nécessaires et correspondent à des prestations économiques et adéquates, condition à l'évidence remplie dans le cas d'espèce. Dans sa duplique du 16 mars 2011, le

SPC persiste à conclure au rejet du recours. Il rappelle que seul l'art. 6 al. 2 let. a du règlement d'application de la LPCC s'applique dans le cas d'espèce, le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires n'étant entré en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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 cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les prestations complémentaires cantonales sont régies par la LPCC. En cas de silence de la LPCC, la LPC et la LPGA sont applicables. Déposé dans les forme et délais légaux (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA et 43 LPCC), le recours est recevable. Le litige porte sur le remboursement de l'intégralité des frais de montures et de verres selon facture de l'opticien du 21 avril 2010. Aux termes de l'art. 3 LPCC, "Pour les personnes vivant à domicile, le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti s'élève, au 1<sup>er</sup> janvier 1998, à 21 727 F par année s'il s'agit d'une personne célibataire, veuve, divorcée, dont le partenariat enregistré a été dissous ou qui vit séparée de son conjoint ou de son partenaire enregistré. Le revenu minimum cantonal d'aide sociale est fixé : a) à 150% de ce montant s'il s'agit d'un couple dont l'un des conjoints ou partenaires enregistrés a atteint l'âge de la retraite; b) à 50% de ce montant s'il s'agit d'un orphelin; c) de 100% à 175% de ce montant s'il s'agit d'un invalide, en fonction de son degré d'invalidité et, cas échéant, de la situation de son conjoint ou de son partenaire enregistré; d) à 50% de ce montant pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> enfant à charge; e) à 33% de ce montant pour les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> enfants; f) à 16,5% de ce montant à partir du 5<sup>e</sup> enfant et pour les suivants. Le Conseil d'Etat indexe par règlement le revenu minimum cantonal d'aide sociale au taux décidé par le Conseil fédéral pour les prestations complémentaires fédérales. Il en est de même pour les autres montants en francs énumérés dans la présente loi. Les bénéficiaires du revenu minimum cantonal d'aide sociale 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 des prestations complémentaires fédérales. Le Conseil d'Etat est autorisé à mettre les bénéficiaires du revenu minimal cantonal d'aide sociale au bénéfice du remboursement d'autres frais de maladie ou d'invalidité que ceux reconnus au sens de la législation fédérale, tels que des frais de lunettes médicales ou de pédicure." L'art. 14 LPC prévoit que "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; 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. 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." Le SPC se fonde sur l'art. 6 al. 2 du règlement d'application de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 juin 1999 (RPCC ; RS J 7 15.01) aux termes duquel "sont en outre reconnus : les frais de lunettes médicales, une fois par année, à concurrence de 150 fr. pour la monture et du coût effectif pour des verres simples et adéquats, sous déduction de la participation de la caisse-maladie" pour nier le droit de l'assurée au remboursement de l'intégralité du montant de la facture de l'opticien du 21 avril 2010. L'assurée se réfère quant à elle à l'art. 2 RFMPC, aux termes duquel "Sont en outre considérés comme frais de maladie et d'invalidité : a) les frais de lunettes médicales, une fois par année, à concurrence de 150 fr. pour la monture et du coût effectif des verres simples et adéquats; b) ..." La Cour de céans constate que cette dernière disposition, qui vise, selon l'art. 1 RFMPC, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'article 14, alinéa 1, de la LPC, n'est entrée en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Les faits déterminants étant survenus antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'art. 6 RLPCC reste applicable (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Quoi qu'il en soit, l'art. 2 RFMPC reprend précisément les termes de l'art. 6 RPCC, la seule différence portant sur la participation de l'assurance-maladie. L'art. 6 RPCC a en effet été abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 en raison même de la suppression de la participation de l'assurance-maladie. Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la loi s'interprète en premier lieu d'après sa lettre (interprétation littérale). Si le texte légal n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, le juge recherchera la véritable portée de la norme en la dégageant de sa relation avec d'autres dispositions légales, de son contexte (interprétation systématique), du but poursuivi, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique), ainsi que de la volonté du législateur telle qu'elle ressort notamment des travaux préparatoires (interprétation historique) (ATF 129 V 258 consid. 5.1 p. 263/264 et les références citées). Le Tribunal fédéral utilise les diverses méthodes d'interprétation de manière pragmatique, sans établir entre elles un ordre de priorité hiérarchique (ATF 125 II 206 consid. 4a p. 208/209). Enfin, si plusieurs interprétations sont admissibles, il faut choisir celle qui est conforme à la Constitution (ATF 119 Ia 241 consid. 7a p. 248 et les arrêts cités). Il résulte du texte clair de l'art. 6 RPCC que l'assurée ne peut prétendre qu'à une seule monture par année à concurrence de 150 fr. Les verres, que l'opticien pose sur cette monture, doivent être simples et adéquats. Il convient enfin de déterminer si cette disposition réglementaire respecte le principe de la légalité. Le principe de la légalité, consacré par l'art. 5 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), exige que l'ensemble de l'activité étatique repose sur une base légale, soit sur une loi au sens matériel suffisamment précise, déterminée et émanant de l'autorité constitutionnellement compétente. Il en découle notamment que les ordonnances doivent trouver un fondement dans la loi (Andreas AUER, Giorgio MALINVERNI, Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. I, 2<sup>ème</sup> édition, p. 622, ch. 1763 s.). À cet égard, il y a lieu de distinguer entre les ordonnances législatives d'exécution et les ordonnances législatives de

substitution. Les ordonnances d'exécution sont le complément d'une loi au sens formel. Elles sont des règles obligatoires, unilatérales, générales et abstraites permettant d'exécuter une loi formelle qui n'est pas directement applicable. Elles ne peuvent énoncer que des règles secondaires (ATF 104 Ib 209 X.). Les ordonnances législatives de substitution sont le substitut d'une loi au sens formel. Fondées sur une délégation législative, elles contiennent des normes primaires, soit des règles nouvelles que le législateur n'a pas voulu poser lui-même. Elles doivent toutefois respecter le cadre de cette délégation (AUER, MALINVERNI, HOTTELIER, op. cit., p. 549, ch. 1562 s.) Ainsi, lorsque le Tribunal fédéral se prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation législative, il ne peut pas contrôler si la délégation elle-même est admissible, et doit se contenter d'examiner si le but fixé dans la loi peut être atteint et si l'autorité exécutive a usé de son pouvoir conformément au principe de la proportionnalité; lorsque la délégation législative est très large, il ne peut pas substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral et doit se limiter à contrôler si l'ordonnance en cause est contraire à la loi ou à la Constitution (ATF 131 II 562 consid. 3.2 ; ATF 124 II 581 consid. 2a ; ATF 122 II 411 consid. 3b et les références citées). En l'espèce, l'art. 6 RLPCC repose sur une délégation accordée au Conseil d'Etat par l'art. 3 LPCC, selon laquelle il appartient à ce dernier de préciser par règlement comment interviendra la prise en charge des frais de lunettes médicales. Cette disposition contient une large clause de délégation au Conseil d'Etat qui peut édicter des règles juridiques nouvelles. L'art. 6 RLPCC constitue donc une ordonnance législative de substitution. En l'occurrence, la LPCCF ne définit pas les conditions du remboursement. Il n'en demeure pas moins qu'aucune volonté du législateur contraire à la solution adoptée par l'art. 6 RLPCC ne se dégage du libellé de l'art. 3 LPCC. L'art. 6 RLPCC n'est ainsi pas critiquable sous l'angle de la légalité. L'assurée allègue avoir soumis le devis au SPC et avoir eu la confirmation de Monsieur U\_\_\_\_\_ que l'intégralité des frais serait prise en charge. Le droit à la protection de la bonne foi est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a ; RAMA 2000 n. KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Une autorité ne peut toutefois pas valablement promettre le fait d'une autre autorité (KNAPP, Précis de droit administratif, 4 e éd., p. 108). Les conditions cumulatives suivantes doivent être réunies : 1. il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; 2. qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence ; 3. que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ; 4. qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice ; 5. que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références). En l'espèce, force est de constater qu'il n'y a pas trace dans le dossier d'un entretien téléphonique entre l'assurée et Monsieur U\_\_\_\_\_, d'une part et que par ses courriers du 18 mars 2010, le SPC, accusant réception des deux devis du 5 mars 2010, a expressément expliqué à l'assurée que sa

participation serait limitée à 150 fr. au maximum pour la monture et au prix effectif pour les verres qui doivent être simples et adéquats, d'autre part. Du reste, celle-ci en prend note dans son courrier du 12 septembre 2010. L'assurée ne pouvait dès lors pas croire que la prise en charge du SPC serait plus importante et partant se prévaloir de la violation des règles de la bonne foi, dont les conditions, au vu de ce qui précède, ne sont manifestement pas remplies. **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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER 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.