

200.2013.645.PC

BEP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 24 avril 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
Ph. Berberat, greffier



A. _____
recourante

contre

Caisse de compensation du canton de Berne (CCB)
Division prestations, Chutzenstrasse 10, 3007 Berne

intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 18 juin 2013

En fait:

A.

A. _____, née en 1928, bénéficie de prestations complémentaires à l'AVS/AI (PC) depuis le 1^{er} janvier 2011. Le 25 septembre 2012, elle a subi une opération chirurgicale et séjourné pendant deux semaines à l'hôpital. Elle est entrée le 12 octobre 2012 dans un home (B. _____), pour un séjour annoncé à la CCB dans le cadre des PC comme séjour de vacances. Le 5 novembre 2012, elle a dû interrompre ce séjour et être à nouveau hospitalisée et opérée en raison d'une détérioration de son état de santé, sa chambre au home demeurant toutefois réservée à son intention. La durée de son hospitalisation s'étant prolongée, elle a finalement résilié sa chambre au home en question pour le 20 novembre 2012. Après sa sortie d'hôpital, elle est entrée le 31 janvier 2013 définitivement dans un autre home (C. _____).

B.

Par communication et décompte du 15 avril 2013, la CCB a refusé de rembourser, au titre de frais médicaux, les frais de réservation de la chambre de l'assurée dans le premier home à partir du jour où elle a dû être à nouveau hospitalisée.

Par courrier du 1^{er} mai 2013, le fils de l'assurée a déclaré faire opposition à la décision [recte: communication] du 15 avril 2013.

Dans une décision sur opposition du 18 juin 2013, la CCB a confirmé le refus de rembourser les frais liés à la réservation de la chambre au home durant l'hospitalisation de l'assurée.

C.

En date du 17 juillet 2013, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée. Elle a conclu à son annulation et à ce que les frais de réservation de home durant son hospitalisation soient pris en charge par la CCB.

Dans son mémoire de réponse du 6 septembre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours.

La recourante n'a pas répliqué.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition rendue par la CCB le 18 juin 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la communication du 15 avril 2013 de la CCB contenant un décompte de remboursement de frais médicaux, duquel il ressort que pour le mois de novembre 2012, la CCB n'a pris en charge à ce titre que les coûts des quatre premiers jours du mois, passés effectivement au home. Selon ce décompte, la CCB estime que les frais de réservation des autres jours de novembre 2012 durant lesquels l'assurée était hospitalisée, représentant un montant de Fr. 2'897.10, ne font pas partie des frais de maladie, d'invalidité et de moyens auxiliaires susceptibles de remboursement.

1.2 D'un point de vue formel, il faut observer que la communication de la CCB du 15 avril 2013 ne constitue pas une décision au sens de l'art. 49 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), mais un simple avis de paiement à la personne assurée, accompagné d'un décompte de prestations. Cette communication informe d'ailleurs expressément l'assurée qu'en cas de

désaccord, elle dispose de la possibilité de demander, par écrit et dans les 20 jours, l'établissement d'une décision pouvant faire l'objet d'une opposition. Il s'ensuit que c'est à tort qu'à réception du courrier du fils de l'assurée du 1^{er} mai 2013, la CCB a d'emblée rendu, le 18 juin 2013, une décision qualifiée de décision sur opposition. Il lui incombait bien plus de rendre tout d'abord une décision formelle, susceptible, ensuite, d'être attaquée dans les trente jours par voie d'opposition, d'après l'art. 52 al. 1 LPGA. D'un point de vue formel, la procédure d'opposition se caractérise par le fait que la même autorité décisionnelle tranche encore une fois dans la même affaire (Tribunal fédéral [TF] C 279/03 du 30 septembre 2005 c. 2.2.2). Cela étant, afin de sauvegarder le droit d'être entendue de la recourante, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), il conviendrait en principe de ne pas entrer en matière sur le recours du 17 juillet 2013, faute de décision sur opposition attaquant, et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle traite ledit recours en tant qu'opposition. En l'occurrence, il se justifie toutefois, pour des raisons d'économie de procédure, de reconnaître qu'un renvoi de la cause à l'intimée n'aboutirait qu'à un allongement vide de sens de la procédure. En effet, le fils de la recourante, dans son courrier du 1^{er} mai 2013, puis la recourante dans son recours du 17 juillet 2013, ont fait valoir l'ensemble de leurs arguments topiques en vue de contester le refus de prise en charge des frais de home en question. Au surplus, le TA, en tant qu'instance de recours, dispose du même pouvoir de cognition que la CCB au stade de l'opposition. On peut donc admettre que la renonciation à renvoyer la cause pour nouvelle décision sur opposition n'a pas de conséquences négatives sur les droits de la recourante (ATF 136 V 117 c. 4.2.2.2, 132 V 387 c. 5.1; TF P 57/01 du 17 juillet 2003 c. 1.2; MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern*, 1997, ad art. 21 n. 16 et ad art. 66 n. 22).

Pour ces raisons, il se justifie d'entrer en matière sur le présent recours, introduit par ailleurs en temps utile, dans les formes prescrites et par une partie disposant de la qualité pour recourir (art. 56 ss LPGA; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse étant inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et art. 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Selon l'art. 4 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les PC (LPC, RS 831.30), les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des PC dès lors qu'elles perçoivent une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ou de l'assurance-invalidité (AI), ou auraient droit à une telle rente selon les let. b ou d de la disposition en question. Les PC se composent de la prestation complémentaire annuelle ainsi que du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC).

2.2 Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC). Concernant les dépenses reconnues prises en compte dans le calcul, l'art. 10 LPC opère une distinction selon que les personnes vivent à domicile (art. 10 al. 1 LPC) ou en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (art. 10 al. 2 LPC). Pour ces dernières, les dépenses reconnues comprennent la taxe journalière, les cantons pouvant fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital, ainsi qu'un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (art. 10 al. 2 let. a et b LPC).

2.3 Par ailleurs, l'art. 14 al. 1 LPC dresse une liste exhaustive des frais de maladie ou d'invalidité pouvant être remboursés par le canton au bénéficiaire d'une PC. Parmi ceux-ci figurent les frais liés aux cures

balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (art. 14 al. 1 let. c LPC). L'al. 2 de la même disposition délègue aux cantons la tâche de préciser quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Dans le canton de Berne, ces précisions sont contenues aux art. 14 ss de l'ordonnance du 16 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Oi LPC, RSB 841.311). La liste de ces frais susceptibles d'être remboursés par les PC présente donc un caractère exhaustif (voir TF P 1/03 du 13 juin 2003 c. 3 et VSI 2002 p. 74 ss, relatifs à l'ancien droit des PC, mais toujours valables sur ce point).

3.

3.1 En l'occurrence, la recourante bénéficie de PC depuis le 1^{er} janvier 2011. Elle a entamé son premier séjour en home en date du 12 octobre 2012 à la suite d'une première opération au genou, s'y étant annoncée pour un séjour de convalescence, dit de "vacances", dans l'attestation de tarif remplie par l'administrateur du home le 30 octobre 2012 (dossier [dos.] CCB II 73). A ce moment-là, la recourante ne pouvait donc manifestement pas être qualifiée de résidente permanente dans un home, au sens de l'art. 10 al. 2 LPC, puisqu'elle-même n'envisageait pas d'y résider à demeure.

Sur ce point, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle se réfère au ch. 3152 des directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant les PC (DPC). Aux termes des dernières, lorsqu'il apparaît, au moment de l'entrée dans un home ou dans un hôpital, que le bénéficiaire de PC ne pourra plus retourner à domicile, le calcul PC selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital doit être effectué dès le mois d'entrée (DPC ch. 3152.01). Par ailleurs, lorsqu'au moment de l'entrée dans un home ou dans un hôpital, on ne sait pas si le bénéficiaire de PC pourra retourner à domicile, on procède à un calcul PC selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital à compter du mois qui suit le premier mois civil entier que l'intéressé a passé dans le home ou dans l'hôpital. Si

l'intéressé retourne à domicile, le calcul à effectuer pour le mois du retour à domicile obéit encore aux dispositions applicables aux personnes vivant dans un home. Or, en l'espèce, d'une part et comme déjà relevé ci-dessus, au moment de son entrée dans le premier home le 12 octobre 2012, il n'apparaissait pas que la recourante ne pourrait plus rentrer à son domicile, puisque le séjour au home a été enregistré d'emblée en tant que séjour de "vacances", et non pas définitif. On ne peut pas même retenir, selon un degré de vraisemblance prépondérante (degré d'appréciation de l'état de fait et des preuves généralement déterminants en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6), qu'une incertitude planait, à ce moment-là, sur cette éventualité, car si tel avait été le cas, une réserve concernant de tels doutes figurerait d'une manière ou d'une autre au dossier. Concernant le séjour de la recourante au sein du premier home, outre l'attestation de tarif déjà mentionnée plus haut, établie le 30 octobre 2012, on trouve au dossier une "attestation de besoin de séjour" établie le 27 décembre 2012 par le responsable du home, déclarant que l'état de santé physique de la recourante ne lui permet pas d'assumer ses soins corporels seule, qu'elle a besoin également de l'aide d'une à deux personnes pour sa mobilisation et ses déplacements, et que pour ces raisons, un séjour dans ledit home a été nécessaire durant la période du 12 octobre au 20 novembre 2012. Cette attestation ne fait donc nullement mention d'une nécessité de séjour permanent, mais bien plus d'un besoin limité à une certaine période ne couvrant pas de mois civil entier. Figure également au dossier le courrier adressé le 1^{er} mai 2012 à la CCB par le fils de la recourante en tant qu'opposition à la "décision" du 15 avril 2013. Dans ladite opposition, son auteur déclare que deux semaines après l'opération du 25 septembre 2012 subie par sa mère, on leur a fait savoir qu'elle devait quitter l'hôpital dans les deux jours, malgré l'état insatisfaisant qui était le sien, et qu'ils se sont vus dans l'obligation de la faire entrer au home en question en urgence et pour une durée indéterminée. Selon les termes utilisés dans l'acte d'opposition, force est donc de constater qu'au moment de l'entrée dans le home, la recourante et ses proches portaient de l'idée que celle-ci n'y séjournerait que pour une durée certes indéterminée, mais limitée dans le temps. Bien plus, le fils de la recourante indique encore qu'après la seconde opération réalisée le 6 novembre 2012, le chirurgien leur avait déclaré que tout allait bien et rentrerait dans l'ordre rapidement, et que ce

n'était que deux semaines plus tard qu'il s'était avéré que les complications n'étaient pas terminées et que la recourante resterait encore de longues semaines à l'hôpital, ce qui les a décidés à donner la dédite de sa chambre demeurée réservée au premier home.

Au vu du contenu des documents précités, rien ne laisse donc supposer qu'au moment de son entrée dans le premier home, le 12 octobre 2012, il apparaissait que la recourante ne pourrait plus retourner à son domicile, ou que des doutes existaient à ce sujet. Rien n'indique d'ailleurs que des mesures pour libérer le logement servant de domicile à la recourante avaient déjà été prises au moment de l'entrée dans le premier home. Il s'avère bien plus que ce n'est qu'au cours du second séjour hospitalier, entamé le 5 novembre 2012 en raison de la nécessité de pratiquer une nouvelle opération et qui s'est prolongé au vu de complications subséquentes à l'opération, qu'il est apparu qu'un retour à son domicile était illusoire et qu'une place définitive dans un autre home a été trouvée à partir du 31 janvier 2013 (dos. CCB I 14), home d'autant préférable pour un séjour permanent que la recourante avait déjà l'habitude d'en fréquenter le foyer de jour quelques jours par mois depuis avril 2011 (dos. CCB II 24-33, 55-60 et 62-71). Une prise en compte rétrospective des durées des séjours à l'hôpital et dans les deux homes pour fixer une date d'entrée en home à la première hospitalisation ou lors du premier séjour en home irait à l'encontre du ch. 3152 DPC qui impose un pronostic prospectif quant au caractère durable du séjour en home ou hôpital (RALPH JÖHL, die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung, dans: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2007, n. 115).

En conséquence, c'est à bon droit que l'intimée n'a pas retenu une entrée en home définitive de la recourante dès le 12 octobre 2012 déjà et opéré un nouveau calcul de PC à partir de cette date au titre de personne vivant en permanence ou pour une longue période dans un home, au sens de l'art. 10 al. 2 LPC (voir ci-dessus c. 2.2), mais considéré que le séjour en home depuis le 12 octobre 2012 constituait un séjour temporaire de convalescence, dont la prise en charge devait être examinée sous l'angle d'un remboursement de frais de maladie et d'invalidité, d'après l'art. 14 LPC, en plus de la PC annuelle pour personne vivant à domicile.

3.2 L'art. 20 al. 2 Oi LPC, en corrélation avec l'art. 14 al. 1 et 2 LPC (voir ci-dessus c. 2.3), dispose que les frais afférents à un séjour de convalescence de la personne assurée dans un foyer ou dans un hôpital et les séjours de la personne assurée dans un foyer ou dans un hôpital afin de décharger les proches sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, s'ils sont prescrits par un médecin. Dans son décompte de frais médicaux du 15 avril 2013, l'intimée a admis à ce titre le remboursement des frais du séjour temporaire en home de la recourante du 12 au 31 octobre, ainsi que du 1^{er} au 4 novembre 2012. Elle l'a par contre refusé du 5 au 22 novembre 2012, alors que la recourante ne séjournait plus dans le home en question, mais à l'hôpital.

Cela étant, compte tenu du caractère exhaustif de la liste des frais susceptibles d'être remboursés par les PC, selon l'art. 20 al. 2 Oi LPC en corrélation avec l'art. 14 LPC, il faut reconnaître que les frais de réservation de la chambre de la recourante au home pour la période ultérieure au 4 novembre 2012 ne peuvent constituer des frais de convalescence remboursables. En effet, dès le début de la seconde hospitalisation de la recourante, il n'existait manifestement plus d'indication médicale à séjourner dans un home en vue d'une convalescence, cette dernière étant interrompue par un séjour hospitalier. Il s'ensuit que la réservation de la chambre de la recourante au home du 5 au 22 novembre 2012 ne répondait plus à la condition de la prescription médicale d'un séjour de convalescence, figurant aux art. 14 al. 1 let. c LPC et 20 al. 2 Oi LPC. Pour ces raisons, ces frais ne peuvent être pris en charge par les PC, faute d'existence d'un séjour de convalescence effectif prescrit par un médecin pour la période précitée.

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

4.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure ni d'allouer de dépens ou d'indemnité de partie, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA; art. 104 al. 1 à 3 et 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).