

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1615/2017

ATAS/1049/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 novembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1968, compagne de Monsieur B_____, est mère de trois enfants, C_____, D_____ et E_____ F_____, nés respectivement les _____ 1992, _____ 1995 et _____ 1998. Elle est au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis 2008 et de prestations complémentaires.
2. Le 5 décembre 2016, elle a transmis au service des prestations complémentaires (ci-après le SPC) des décomptes de son assurance-maladie et des factures de médecins, lui en demandant le remboursement. Elle précisait qu'elle serait reconnaissante au SPC qu'il tienne compte de tous les décomptes présentés, même si elle avait légèrement dépassé les délais, car elle avait été très malade et avait eu beaucoup de soucis cette année, de sorte qu'elle n'avait pas pu se tenir à jour correctement. Elle s'occupait également des dossiers de son compagnon et de ses enfants, E_____ et D_____ F_____. Si nécessaire elle pouvait présenter un certificat médical. Elle a ainsi transmis les factures suivantes :
 - un rappel du 29 octobre 2015 pour une facture du 17 juin 2015 pour une prestation de Radgen Sdent c/o centre d'imagerie d'Onex SA ;
 - un rappel du 28 janvier 2016 pour sa participation aux factures établies les 28 janvier, 24 février, 23 mars, 25 mai et 29 juin 2016 par Madame G_____, psychologue, psychothérapeute FSP ;
 - cinq décomptes de participations 2015 établis par Avenir assurance maladie, membre du Groupe Mutuel, les 18 mai, 6 et 27 juillet ainsi que 26 octobre 2015 relatifs à trente factures datées de mars à août 2015 ;
 - et huit décomptes de participations 2016 établis par Avenir assurance maladie, membre du Groupe Mutuel, les 21 mars, 18 avril, 20 juin, 18 juillet, 15 août, 19 septembre, 17 octobre et 21 novembre 2016.
3. Par décision du 9 janvier 2017, le SPC a informé l'assurée avoir bien reçu ses divers justificatifs de frais médicaux. Sa participation s'élevait à CHF 834.20. Les factures des 11, 12, 15, 20 et 29 mai 2015 étaient refusées, car les justificatifs avaient été présentés plus de quinze mois à compter de la date du décompte ou de la facture. Le SPC précisait que si le montant des frais restant à la charge de l'assurée dépassait CHF 300.- par année civile et si son budget s'en trouvait gravement déséquilibré, elle avait la possibilité de s'adresser au centre d'action sociale de son quartier/commune ou à Pro Infirmis Genève, qui pourraient la conseiller et éventuellement lui octroyer, selon son budget, une aide financière.
4. Par seconde décision du 9 janvier 2017, le SPC a informé l'assurée que sa participation à ses divers justificatifs de frais médicaux s'élevait à CHF 95.15. Elle refusait les factures datées des mois de mars et du 15 mai 2015, car les justificatifs lui avaient été remis au-delà du délai de quinze mois à compter de la date du décompte ou de la facture.

5. Par décision du 25 janvier 2017, le SPC a informé l'assurée que sa participation à ses divers justificatifs de frais médicaux s'élevait à CHF 24.20. Il s'agissait d'une facture du 26 mars 2015 établie par la caisse-maladie pour un montant de CHF 24.20 qui était totalement remboursée et d'une autre facture du 26 mars 2016 à hauteur de CHF 19.20, non remboursée car les frais n'étaient pas reconnus.
6. Par décision du 2 février 2017, le SPC a informé l'assurée qu'aucune participation ne pouvait lui être accordée s'agissant des factures des 26 mars et 5 juin 2015, les justificatifs lui ayant été transmis après le délai de quinze mois à compter de la date du décompte ou de la facture.
7. Le 31 janvier 2017, l'assurée a demandé au SPC de reconsidérer ses diverses décisions relatives aux frais de maladie. Elle savait qu'elle aurait dû transmettre les factures dans le délai requis, mais avait espéré que le SPC pourrait faire une exception, pour tenir compte de sa situation. Elle avait eu des raisons de ne pas avoir pu tout faire dans les temps. Elle avait fait un total pour ce qui la concernait et arrivait au montant de CHF 263.55 qui ne lui avait pas été remboursé. Elle demandait si une exception pouvait être faite, car elle se trouvait dans une situation financière compliquée et avait un petit budget pour ses frais médicaux. Elle comptait sur les remboursements pour régler les prochaines factures. Elle s'occupait des factures de son compagnon et de ses enfants. Un montant de CHF 540.15 n'avait pas été pris en compte pour son compagnon. Elle se sentait coupable et désemparée de perdre tout cet argent. Elle avait été très malade en 2016. Ils avaient vécu une spirale infernale de problèmes de santé ainsi que divers soucis privés, en raison desquels elle avait omis d'envoyer les dossiers. Ce n'était pas par paresse. Au besoin, elle pouvait fournir un certificat médical. Les sommes non remboursées représentaient pour eux une perte énorme, ce qui les mettait en difficulté financière.
8. Par décision sur opposition du 4 avril 2017, le SPC a rejeté l'opposition, relevant que les factures et décomptes non remboursés avaient été reçus au-delà du délai légal de quinze mois. C'était donc à juste titre qu'il avait refusé le remboursement des frais concernés en application de la loi. Il ne lui était pas possible de déroger à cette disposition, quel que soit le motif, afin de respecter le principe d'égalité de traitement entre assurés.
9. Le 3 mai 2017, l'assurée a formé recours contre les quatre décisions sur opposition prises par le SPC le 4 avril 2017. Elle se référait à la motivation de son opposition, précisant que son compagnon était aussi malade et à l'assurance-invalidité et que ses deux enfants n'y entendaient rien en administration, étant encore de jeunes adultes en études. De par sa faute, son compagnon et ses enfants n'avaient eux aussi pas pu être remboursés de leurs frais médicaux. Le total approximatif des frais non remboursés représentait près de CHF 2'500.-, ce qui justifiait sa démarche de recours dans l'espoir d'obtenir une décision favorable annulant le refus de remboursement du SPC. Elle avait espéré obtenir un peu d'empathie de ce dernier. Depuis quinze mois, elle avait méticuleusement mis de côté toutes les factures,

mais elle avait omis de les envoyer à temps. Avec ses soucis de santé, elle avait oublié que la date d'échéance pour l'envoi approchait et l'avait loupée de peu. Il s'agissait d'un oubli stupide, mais compréhensible. C'était la première année que cela lui arrivait pour autant de factures et pour toute sa famille. C'était très lourd à porter comme responsabilité et elle s'en voulait beaucoup. Elle pouvait fournir un certificat médical ainsi que la preuve d'une intervention chirurgicale à l'hôpital. Elle avait vraiment été très souffrante l'année précédente.

10. Le 31 mai 2017, le SPC a conclu au rejet du recours, considérant que la recourante n'invoquait aucun argument susceptible de le conduire à une appréciation différente du cas.
11. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B LPA).
3. Selon l'art. 15 LPC, les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés aux conditions suivantes :
 - a. le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facturation;
 - b. les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions fixées aux art. 4 à 6.

En vertu de l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, les dispositions en matière de délai prévues aux art. 38 à 41 LPGA ne s'appliquent qu'aux délais de procédure, à l'exclusion des délais de droit matériel. L'application de l'art. 41 LPGA dépend par conséquent de la nature matérielle ou procédurale du délai en question et, partant, du point de savoir si l'inobservation du délai a un effet concret sur les

rapports de droit matériel ou si elle ne se reflète que sur le plan procédural, en ce sens qu'il n'est plus possible de faire valoir la prétention litigieuse de la même manière (arrêts C 108/06 du 14 août 2006 consid. 4.2, in SVR 2007 AIV n° 1 p. 1, et K 26/05 du 28 juillet 2005 consid. 3.5 et les références, in RAMA 2005 n° KV 337 p. 295; arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2011 du 15 novembre 2011 consid. 5.1).

4. En l'espèce, il est établi par les pièces de la procédure que les factures et décomptes non remboursés par le SPC ont été transmis à ce dernier par la recourante après l'échéance de quinze mois dès leur émission. Elle a en effet transmis les factures et décomptes au SPC le 5 décembre 2016. C'est donc à juste titre qu'il a refusé de payer les factures et décomptes datés des mois de mars, mai et juin 2015. Le délai de 15 mois n'est pas prolongeable aux termes de la loi, qui ne prévoit pas d'exception en la matière. Il s'agit en effet d'un délai de droit matériel, auquel l'art. 41 LPGA, qui permet une restitution de délai à certaines conditions, ne s'applique pas.

Il en résulte que la décision sur opposition querellée doit être confirmée et le recours rejeté.

5. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 (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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le