

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1618/2017

ATAS/1051/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 novembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée aux AVANCHETS, représentée par _____
Madame C _____ B _____
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 _____ 1998, fille de Madame B_____, touche une rente complémentaire AI pour enfant et est au bénéfice des prestations complémentaires.
2. Le 5 décembre 2016, elle a transmis au service des prestations complémentaires (ci-après le SPC), par le biais de sa mère, ses décomptes d'assurance-maladie et des factures lui en demandant le remboursement de ce à quoi elle avait droit. Sur ce courrier, sa mère avait mentionné à la main qu'ils attendaient toujours une réponse suite à une facture déjà envoyée. Elle concédait que cette affaire datait, mais la facture avait été transmise dans les temps.

À l'appui de ce courrier, l'assurée a transmis au SPC :

- une note d'honoraire de la caisse des médecins de Genève, du 9 avril 2013, concernant des soins donnés par le service dentaire scolaire, antenne orthodontie, à hauteur de CHF 2'280.- ;
 - des décomptes de participations établis par Avenir assurance maladie, membre du Groupe Mutuel, les 26 janvier, 1^{er} juin, 8 juin, 18 juillet et 20 juin 2016 ;
 - des décomptes de participation établis par Avenir assurance maladie, membre du Groupe Mutuel, les 11 décembre, 8 mai et 9 octobre 2015.
3. Par décision du 9 janvier 2017, le SPC a informé l'assurée avoir bien reçu ses justificatifs de frais médicaux. Sa participation s'élevait à CHF 131.35. Il refusait de prendre en charge les factures du 23 février et du 18 avril 2015, dès lors que les justificatifs lui avaient été présentés au-delà du quinze mois à compter de la date du décompte ou de la facture.
 4. Par décision du 26 janvier 2017, le SPC a informé l'assurée qu'il ne pourrait pas prendre en charge la note d'honoraires du 9 avril 2013, car ces frais étaient antérieurs à la date du début de son droit aux prestations fixée au 1^{er} janvier 2014.
 5. Le 31 janvier 2017, la mère de l'assurée, représentant cette dernière, a demandé au SPC de reconsidérer ses diverses décisions relatives aux frais de maladie. C'était elle qui s'occupait des factures et des décomptes de sa fille. Elle savait qu'elle aurait dû les transmettre 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 se sentait coupable et désemparée de perdre de l'argent pour ses enfants et son compagnon. Elle avait été très malade en 2016. Ils avaient vécu une spirale infernale de problèmes de santé ainsi que de divers soucis privés qui avaient fait qu'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 et les mettaient en difficulté financière.

6. 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 l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. 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.
7. Le 3 mai 2017, la mère de l'assurée, représentant cette dernière, a formé recours contre la décision sur opposition prise par le SPC le 4 avril 2017. Elle se référait à la motivation de son opposition, précisant que ses deux enfants n'y entendaient rien en administration et qu'ils étaient encore de jeunes adultes en études. Elle avait méticuleusement depuis quinze mois mis toutes les factures de côté, mais 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.
8. 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.
9. 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.

4. Le juge des assurances sociales 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il 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 322 consid. 5a).

Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), exclut que la charge de l'apport de la preuve ("Beweisführungslast") incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6; ATF 117 V 261 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1).

5. 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).

6. 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 mère de 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 que le SPC a refusé de payer les factures de février et avril 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.

S'agissant de la facture du 9 avril 2013, l'assurée a allégué, sans toutefois le démontrer, qu'elle l'avait transmise dans les temps. L'assurée doit en conséquence subir le fardeau de la preuve et il doit être retenu que cette facture n'est pas parvenue en temps utile au SPC. La décision querellée doit ainsi être confirmée.

7. Infondé, le recours sera rejeté.
8. 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