RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1751/2022 **ATAS/35/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 janvier 2023

6ème Chambre

En la cause

Hoirie de feu Monsieur A_____, soit Madame B_____ et Monsieur C_____, p.a. CONFIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : le défunt), né en 1926, veuf, père de Monsieur C_____ et de Madame B_____, était affilié au titre de l'assurance-maladie auprès d'UNIQA, assurance du personnel et des pensionnés du CERN, percevait des prestations complémentaires à sa rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants, et résidait dans un établissement médico-social (ci-après : EMS) depuis le mois de juin 2016. Il est décédé le 27 juin 2020.

b. Le 10 juillet 2020, le fils du défunt a sollicité du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC) le remboursement des frais médicaux laissés à la charge de son père pour la période courant de mai 2019 à mai 2020, totalisant CHF 15'745.88. Il a joint à sa demande deux décomptes d'UNIQA des 31 août 2019 et 25 mai 2020.

c. Le 12 décembre 2020, il a requis le remboursement des frais médicaux pour la dernière période, soit jusqu'au décès survenu le 27 juin 2020, à hauteur de CHF 6'562.50. Il a remis des relevés d'UNIQA des 8 septembre, 28 octobre et 30 novembre 2020.

B. **a.** Par décision du 11 février 2021, le SPC a fixé sa participation à CHF 972.95. Il a annexé un récapitulatif des frais.

b. En date des 19 février et 5 mars 2021, le fils du défunt a contesté le décompte du SPC, relevant notamment que la décision du 11 février 2021 ne traitait que des frais médicaux mentionnés dans la seconde demande de remboursement du 12 décembre 2020 et laissait de côté ceux évoqués à l'appui de la première demande du 10 juillet 2020. Il a en outre observé que la décision comportait des chiffres manifestement erronés qui ne ressortaient pas des décomptes fournis.

c. Par deux décisions du 7 mai 2021, le SPC a arrêté sa participation aux frais de maladie du défunt à CHF 1'074.85 et CHF 60.80, étant précisé dans le récapitulatif des frais annexé que « la prise en charge du frein mutuel relatif à l'assurance de base (participation de 10% et franchise) est plafonné (…) à F 1'000.- dès le 1er janvier 2004. Cette limite est désormais atteinte et c'est la raison pour laquelle notre participation est soit partielle, soit impossible ».

d. Le 6 juin 2021, le fils du défunt s'est opposé à ces décisions, contestant la limitation de la prise en charge à CHF 1'000.- par année. Il a exposé que son père n'était pas affilié à l'assurance-maladie au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), mais à UNIQA, selon le Règlement du régime d'assurance maladie du CERN (Règlement CHIS [pour CERN Health Insurance Scheme]), qui connaissait deux prestations, soit le remboursement des frais médicaux et le paiement partiel des frais de dépendance. Pour le remboursement des frais médicaux, le Règlement CHIS ne prévoyait pas de franchise à choix, mais un système de remboursement des frais médicaux

annuels, applicable à tous, à concurrence de 80% des premiers CHF 500.-, de 90% des frais compris entre CHF 500.- et CHF 3'000.-, et de 100% au-delà de CHF 3'000.-. Ainsi, un assuré ayant acquitté des frais médicaux annuels d'un montant supérieur ou égal à CHF 3'000.- devait prendre à sa charge un montant de CHF 350.- (CHF 500.- x 20% + CHF 2'500 x 10%). S'agissant des frais de dépendance, le défunt recevait une prestation sous forme de rente, appelée « LTC 2 – Prestations paramédicales » sur les décomptes UNIQA, qui était plafonnée à CHF 1'650.- par mois. Or, les frais de dépendance facturés par l'EMS dans lequel résidait le défunt, intitulés « forfaits OPAS », se montaient à CHF 96.- par jour en 2020, ce qui correspondait à une somme de CHF 2'880.- les mois de 30 jours et de CHF 2'976.- les mois de 31 jours, si bien qu'un montant de CHF 1'230.- ou de CHF 1'326.- restait chaque mois à la charge de l'intéressé. Le remboursement des frais médicaux au-delà de la franchise de CHF 350.-, d'une part, et celui de la partie des frais de dépendance à charge de l'assuré, d'autre part, devait être effectué dans les limites fixées par les législations fédérales et cantonales. Le Règlement CHIS ne prévoyait pas de choix et de franchise à option, de sorte que la limite de CHF 1'000.- prévue par le droit cantonal en cas de franchise supérieure à celle minimale ne lui était pas applicable. Enfin, les frais de dépendance n'étaient que partiellement pris en charge par UNIQA.

e. Par décision sur opposition du 27 avril 2022, le SPC a confirmé ses décisions du 7 mai 2021 et rejeté l'opposition du fils du défunt, au motif que la législation en vigueur ne prévoyait aucune dérogation concernant le plafond de CHF 1'000.- institué pour les frais remboursés sur la base de l'art. 14 al. 1 let. g de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30). En outre, les Directives précisaient bien que la participation aux coûts susceptible d'être prise en compte ne pouvait être supérieure à CHF 1'000.- par année civile et ce, indépendamment de la franchise et de la quote-part prévue dont la composition était sans importance. Ainsi, cette règle s'appliquait indépendamment des spécificités de l'assurance-maladie concernée, étant relevé que tous les frais qui ne pouvaient pas être remboursés par le SPC étaient à la charge de l'assuré.

C. **a.** Par acte du 30 mai 2022, l'hoirie du défunt, représentée par un avocat, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. La recourante a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit que l'intimé rembourserait les frais de maladie et d'invalidité du défunt à concurrence de CHF 6'000.- par année en 2019 et en 2020, à ce que l'intimé soit condamné au paiement immédiat à l'hoirie des sommes de CHF 6'000.- plus intérêts à 5% l'an dès le 1er janvier 2021 et sous déduction des paiements déjà opérés, et de CHF 6'000.- plus intérêts à 5% l'an dès le 1er janvier 2022 et sous déduction des paiement déjà opérés. En substance, la recourante a soutenu que l'intimé aurait dû s'en tenir au plafond de CHF 6'000.- instauré à l'art. 14 al. 3 let. b LPC et qu'il ne pouvait pas limiter sa participation à CHF 1'000.- par année.

Elle a fait valoir que, selon la jurisprudence fédérale, le canton ne pouvait restreindre sa participation aux coûts prévus à l'art. 14 al. 1 let. g LPC qu'à deux égards : premièrement, le canton pouvait limiter le remboursement du montant de la franchise à son montant minimal, soit CHF 300.-, lorsque l'assuré avait choisi une franchise plus élevée ; deuxièmement, le canton pouvait fixer un montant maximal pour le remboursement des frais annuels totaux de maladie et d'invalidité sous réserve des montants minimaux arrêtés par l'art. 14 al. 3 LPC. Le défunt était couvert par l'assureur non-LAMal UNIQA, de sorte qu'on ne se trouvait pas dans une des hypothèses dans lesquelles le canton était autorisé à limiter le remboursement des frais payés au titre de la participation aux coûts au sens de l'art. 14 al. 1 let. g LPC. En tout état de cause, il ressortait de l'interprétation littérale de l'art. 9 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC - J 4 20.04) que la participation aux coûts était plafonnée à CHF 1'000.- si et seulement si le bénéficiaire optait pour une franchise à option au sens de l'art. 93 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102). Cette disposition impliquait un comportement actif du bénéficiaire, qui choisissait délibérément une franchise à option et disposait effectivement d'une telle franchise, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence, étant rappelé que le défunt n'aurait de toute manière pas pu choisir et bénéficier d'une telle franchise puisqu'il n'était pas assuré selon la LAMal. Les conditions d'application de l'art. 9 RFMPC n'étaient donc pas réunies. En outre, cette disposition reprenait une disposition de l'ancienne ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais d'invalidité en matière de prestations complémentaires, abrogée, qui avait pour but de faire supporter aux bénéficiaires de prestations complémentaires, qui bénéficiaient de subsides et ne payaient donc pas eux-mêmes leurs primes, les coûts supplémentaires entrainés par le choix d'une franchise à option. Il s'agissait d'inciter les bénéficiaires à choisir la franchise la plus favorable au canton. L'assurance dont le défunt avait bénéficié n'avait entrainé aucun coût supplémentaire pour le canton et il n'avait d'ailleurs pas été soumis à la LAMal, de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher d'avoir opté pour un modèle d'assurance défavorable, aux dépens du canton. Ainsi, en procédant à une interprétation téléologique, on parvenait également à la conclusion que l'art. 9 RFMPC n'avait « pas vocation à s'appliquer aux bénéficiaires ne disposant pas d'une assurance non-LAMal ». Par conséquent, en plus d'avoir violé l'art. 14 LPC et la jurisprudence y relative, l'intimé avait également enfreint le droit cantonal en appliquant l'art. 9 RFMPC au cas d'espèce. Il devait donc rembourser les frais de maladie et d'invalidité au sens de l'art. 14 al. 3 LPC à hauteur de CHF 6'000.- par année et non CHF 1'000.- par année.

b. Dans sa réponse du 27 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a soutenu que la question de savoir si

l'art. 9 RFMPC s'appliquait uniquement pour les personnes qui optaient pour une franchise à option au sens de l'art. 93 OAMal, comme soutenu par la recourante, pouvait demeurer ouverte. En effet, selon la jurisprudence de la chambre de céans, la participation aux coûts qui pouvait être remboursée selon l'art. 14 al. 1 let. g LPC concernait les prestations de l'assurance-maladie qui faisaient l'objet de l'assurance obligatoire des soins. Or, à teneur des décomptes de la caisse UNIQA, les prestations paramédicales dont le remboursement avait fait l'objet d'un plafonnement à CHF 1'000.- ne concernaient vraisemblablement pas des prestations de l'assurance-maladie obligatoire, étant rappelé que le fils du défunt avait expliqué dans son opposition qu'il s'agissait des frais de dépendance facturés par l'EMS à CHF 96.- par jour et pour lesquels UNIQA prenait en charge un montant de CHF 1'650.- par mois. Il ne devait pas rembourser, même partiellement, ces prestations qui ne constituaient pas des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Par ailleurs, ces prestations n'entraient dans aucune autre catégorie relative aux frais remboursés selon l'art. 14 al. 1 LPC, étant rappelé que tous les frais qui ne pouvaient pas être pris en charge par le SPC étaient à la charge de l'assuré. Enfin, d'après les explications de la recourante, la quote-part prévue par UNIQA pour les prestations d'assurance maladie s'élevait à CHF 350.- par an au maximum, sans franchise, si bien que le plafond de CHF 1'000.- ne pouvait pas être dépassé pour ce type de prestation. Il avait cependant accepté à bien plaire de prendre en charge les décomptes d'assurance-maladie, y compris les frais de dépendance pour un montant de CHF 1'000.- par année au maximum, par analogie avec l'art. 9 RFMPC.

c. Par réplique du 26 juillet 2022, la recourante a persisté. Elle a relevé que l'intimé ne s'était pas prononcé sur ses arguments et soutenait désormais que les dépenses qu'il avait initialement reconnues au titre de frais au sens de l'art. 14 al. 1 let. g LPC n'entreraient finalement dans aucune catégorie des frais remboursés selon l'art. 14 al. 1 LPC, ce qui constituait une violation du principe de la bonne foi. En outre, contrairement à ce que prétendait l'intimé, les prestations figurant sur les décomptes d'UNIQA étaient bel et bien des prestations faisant l'objet de l'assurance obligatoire des soins. Se référant aux art. 25a al. 1 et 50 LAMal, et 7 al. 2 et 7a al. 3 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31), la recourante a observé que la prestation de dépendance octroyée par UNIQA était une allocation journalière accordée par une commission médico-sociale de cette caisse qui, après étude du rapport d'un enquêteur ayant examiné l'assuré et obtenu des renseignements sur ses aptitudes, définissait le degré de dépendance selon trois catégories. De son côté, l'EMS avait mené sa propre évaluation de la dépendance selon le système Plaisir/Plex et attribué un niveau selon l'art. 7a al. 3 OPAS correspondant au temps d'aide nécessaire apportée à la personne en raison de sa dépendance. Le document était contresigné par un médecin. Les factures de l'EMS se référaient expressément aux classes de l'OPAS prévues par l'art. 7a al. 3 OPAS. Ainsi, les soins que l'intimé refusait de

rembourser remplissaient les conditions des art. 25a LAMal et 7 ss OPAS dans la mesure où ils reposaient sur un besoin avéré et avaient été validés par un médecin. Enfin, les coûts des soins qui, hypothétiquement, ne seraient pas des frais payés au titre de la participation aux coûts au sens de l'art. 14 al. 1 let. g LPC seraient tout de même à la charge des prestations complémentaires en application de l'art. 8 let. b RFMPC.

La recourante a produit les Dispositions relatives aux prestations dépendance du CERN, le Règlement du Régime d'assurance maladie du CERN, un décompte de remboursement du 9 mars 2019, l'Annexe I de l' « Accord transactionnel sur la facturation des temps CSB » et une facture du 8 février 2019.

d. En date du 25 août 2022, l'intimé a également maintenu ses conclusions, faisant valoir que la question déterminante était de savoir si les frais concernés avaient été payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal, qui comprenait un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts la dépassant (quote-part). Or, dans les cas de frais de dépendance facturés par l'EMS, UNIQA prenait en charge un montant forfaitaire de CHF 1'650.- par mois, le solde étant à la charge de l'assuré. Une telle participation ne pouvait être comprise comme une participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal, à la différence des autres prestations pour lesquelles UNIQA facturait une participation à hauteur de 10% selon les décomptes figurant au dossier. Partant, les frais de dépendance ne pouvaient pas être remboursés sur la base de l'art. 14 al. 1 let. g LPC. S'agissant de l'art. 8 let. b RFMPC, il visait le remboursement de la taxe de participation aux coûts des soins de longue durée de CHF 8.- par jour que les établissements d'hébergement genevois étaient tenus, depuis le 1er juillet 2012, de facturer aux résidents, conformément à l'arrêté du Conseil d'Etat du 21 décembre 2011 suite à l'entrée en vigueur au 1er janvier 2011 de la réforme du financement des soins de longue durée. À cet égard, ces frais avaient été remboursés chaque mois par l'intimé. En conclusion, les frais de dépendance facturés par l'EMS ne pouvaient pas être remboursés sur la base des articles 14 LPC et 8 let. b RFMPC.

e. La chambre de céans a entendu les parties le 22 novembre 2022.

À cette occasion, le fils du bénéficiaire a notamment exposé que l'EMS avait fait son évaluation du degré de dépendance au cours des trois premiers mois de séjour, appréciation qui n'avait jamais été contestée et dont une réévaluation n'avait pas été demandée. Après le décès de sa mère, le nombre de minutes estimées nécessaires pour les soins de son père avait été augmenté par l'EMS. À son souvenir, le changement d'une catégorie dans le forfait OPAS ne permettait pas d'obtenir une modification de la catégorie de dépendance évaluée par UNIQA, laquelle ne prévoyait que trois catégories, alors que le forfait OPAS en comptait douze. L'EMS faisait deux factures chaque mois, une pour les frais médicaux et paramédicaux, et l'autre pour les frais de séjour, mais il était possible qu'UNIQA ait traité certains frais médicaux comme des frais de dépendance. Les factures étaient envoyées pour remboursement à UNIQA avec la mention du genre de

frais. Les dépenses de dentiste, de lunettes, de pédicure et de transport avaient bien été remboursées par UNIQA ou l'intimé.

Sur demande de la chambre de céans, le représentant de l'intimé a indiqué penser qu'il manquait, dans la décision sur opposition, la mention de la décision du 11 février 2021, qui faisait également l'objet de l'opposition. Il a en outre précisé que le remboursement de CHF 60.80, opéré dans la deuxième décision du 7 mai 2022, permettait d'atteindre le plafond de CHF 1'000.-. L'intimé n'annulait cependant pas ce remboursement effectué à tort. L'intimé estimait qu'il y avait une limite de CHF 1'000.- sur la base de l'art. 14 al. 1 let. g LPC et une limite de CHF 6'000.- pour les autres frais mentionnés à l'art. 14 all. 1 let. a à f LPC. Les frais de dentiste, lunettes et transport avaient été remboursés dans le cadre cette limite de CHF 6'000.-. Quant aux frais de soins qui pouvaient être mis à la charge de l'assuré selon l'arrêté du Conseil d'État, l'intimé les avait payés à raison de CHF 8.- par jour. Il lui semblait que l'intimé recevait directement de l'EMS la taxe de CHF 8.- par jour. Normalement les frais de dépendance étaient pris en charge par l'assurance-maladie LAMal, mais il semblait qu'UNIQA ne les prenait pas totalement en charge.

f. Par écriture du 5 décembre 2022, la recourante a persisté.

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), 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. Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* a contrario LPGA).

4. La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021. Cette novelle n'est pas applicable en l'espèce, dès lors qu'est litigieux le droit au remboursement des frais de maladie avant qu'elle ne soit promulguée. Ce droit doit ainsi être examiné à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, qui seront citées dans leur teneur à cette date.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 43 LPCC ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] et art. 43 LPCC). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

En l'occurrence, la décision sur opposition du 27 avril 2022 a été reçue le lendemain, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 29 avril 2022 et est arrivé à échéance le samedi 28 mai 2022, avec un report de son terme au lundi 30 mai 2022.

Interjeté en temps utile et respectant les exigences de forme, le présent recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 27 avril 2022, par laquelle l'intimé a confirmé ses décisions des 11 février et 7 mai 2021, et refusé de prendre en charge certains frais.

7. Selon l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis (al. 1) : frais de traitement dentaire (let. a) ; frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b) ; frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c) ; frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d) ; frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e) ; frais de moyens auxiliaires (let. f) ; frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g). 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 (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants suivants (al. 3) : pour les personnes vivant à domicile (let. a) : personnes seules ou veuves, conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital : CHF 25'000.- (ch. 1) ; couples : CHF 50'000.- (ch. 2) ; orphelins de père et de mère : CHF 10'000.- (ch. 3) ; pour les personnes vivant dans un home ou un hôpital : CHF 6'000.- (let. b).

Conformément à l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année

(franchise ; al. 2 let. a) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; al. 2 let b).

À teneur de l'art. 103 OAMal, la franchise prévue à l'art. 64 al. 2 let. a LAMal s'élève à CHF 300.- par année civile (al. 1). Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64 al. 2 let. b LAMal s'élève à CHF 700.- pour les adultes et à CHF 350.- pour les enfants (al. 2).

L'art. 93 OAMal dispose que les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103 al. 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à CHF 500.-, CHF 1'000.-, CHF 1'500.-, CHF 2'000.- et CHF 2'500.- pour les adultes et les jeunes adultes et à CHF 100.-, CHF 200.-, CHF 300.-, CHF 400.-, CHF 500.- et CHF 600 pour les enfants. Un assureur peut offrir des franchises différentes pour les adultes et les jeunes adultes. Les franchises à option offertes par l'assureur doivent s'appliquer à l'ensemble du canton (al. 1). Le montant maximal annuel de la quote-part correspond à celui qui est prévu à l'art. 103 al. 2 (al. 2).

En vertu de l'art. 25a LAMal (dans sa teneur jusqu'au 30 septembre 2020), l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux (al. 1). Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis (al. 3). Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités (al. 4). Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. (…) (al. 5). Depuis le 1er octobre 2021, une nouvelle phrase a été introduite aux al. 1 et 2 : « La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins est régie par l'art. 52 » (al. 1) et « La rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés pour les soins aigus et de transition est régie par l'art. 52 » (al. 2). Quant à l'al. 5, sa première phrase est désormais ainsi libellée : « Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur l'assuré qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral ».

7.1 La LPC opère une distinction entre la prestation complémentaire annuelle et le remboursement de frais de maladie et d'invalidité (art. 3 LPC). Ceux-ci ne sont pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais ils font l'objet d'un remboursement séparé, en

principe une fois par année. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le financement des frais de maladie est entièrement passé aux cantons (art. 16 LPC). La LPC ne fait dès lors état que de conditions-cadres, laissant aux cantons le soin de réglementer les spécificités du remboursement. Il leur appartient ainsi de préciser les frais qui peuvent être remboursés sur la base du catalogue de prestations de l'art. 14 al. 1 LPC, tout comme ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Compétence leur et également donnée de fixer les plafonds pour le remboursement annuel à condition qu'ils ne soient pas inférieurs aux montants indiqués à l'art. 14 al. 3 LPC. Ces changements ont abouti à la suppression de l'ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais d'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, ad. Art. 14 n. 1).

L'art. 14 LPC, qui a remplacé l'art. 3d aLPC, est conçu comme une loi-cadre. Les cantons ont la faculté de déterminer eux-mêmes les plafonds des frais de maladie et d'invalidité, qui ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants préalablement fixés par le droit fédéral, ce qui permet d'éviter une péjoration de la position des assurés (ATF 142 V 457 consid. 3.3.1). Selon la doctrine, dès lors que la réglementation fédérale en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 a été reprise en détails dans cette nouvelle loi-cadre, les cantons ne disposent en réalité guère de marge de manœuvre. La crainte du législateur fédéral était en effet que les cantons, pour des raisons financières, ne fassent usage d'une compétence législative plus étendue afin de réduire le catalogue des prestations à rembourser ou l'étendue du remboursement. L'art. 14 LPC représente ainsi des minima (Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, n. 333).

L'énumération des frais mentionnés à l'art. 14 al. 1 LPC est exhaustive : le législateur a énuméré de manière détaillée les frais de maladie et d'invalidité qui sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire. Le degré de concrétisation de la réglementation permet de conclure que le législateur a voulu déterminer en détail les frais à rembourser, ce qui indique que la réglementation est exhaustive. Les frais supplémentaires non mentionnés par la loi ne peuvent pas être pris en charge (ATF 129 V 379 consid. 3.1 ; Urs MÜLLER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ELG, 3ème éd. 2015, p. 275-292, n. 839).

Selon la jurisprudence, la réglementation fédérale autorise des restrictions par le droit cantonal de deux manières. D'une part, le remboursement de la franchise peut être limité à son montant minimal lorsqu'une franchise plus élevée (cf. art. 93 al. 1 OAMal) a été choisie pour l'assurance-maladie. Cela correspond à l'ancienne

règlementation fédérale (art. 7 aOMPC). D'autre part, il est admissible de fixer un montant maximal pour le remboursement de l'ensemble des frais annuels de maladie et d'invalidité (art. 14 al. 1 let. a-g LPC ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2013 du 31 août 2013 consid. 3.1.1 et les références).

7.1.1 L'applicabilité de l'art. 14 al. 1 let. g LPC présuppose que l'assurance obligatoire des soins soit tenue de prendre en charge les coûts du traitement (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4 ; Urs MÜLLER, op. cit. n. 836).

Un remboursement des frais de médicaments par la prestation complémentaire n'est possible que dans le cadre de la franchise et de la quote-part. Cela suppose que la caisse-maladie prenne en charge des prestations de l'assurance-maladie obligatoire, car ce n'est que dans ce cas que les assurés doivent participer aux coûts des prestations qui leur sont fournies dans le cadre de la franchise et de la quote-part (art. 64 LAMal). La prestation complémentaire remplace ainsi pour l'assuré la part des frais de maladie que l'assurance-maladie ne prend pas en charge en raison de la participation aux coûts par le biais de la franchise et de la quote-part. La prestation complémentaire ne rembourse pas non plus les médicaments qui ne relèvent pas du domaine des prestations de l'assurance obligatoire des soins (ATF 127 V 244 consid. 4c ; voir aussi le cas d'application arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4 ; Urs MÜLLER, op. cit. n. 837).

L'art. 64 LAMal figure sous le titre « Assurance obligatoire des soins » (art. 3ss LAMal). La participation aux coûts qui peut être remboursée selon l'art. 14 al. 1 let. g LPC concerne donc les prestations de l'assurance-maladie qui font l'objet de l'assurance obligatoire des soins. Si, par exemple, une assurance complémentaire qui ne fait pas partie de l'assurance obligatoire des soins prévoit une participation aux coûts pour le preneur d'assurance, cette participation aux coûts ne peut pas être remboursée sur la base de la réglementation cantonale édictée en application de l'art. 14 al. 1 let. g LPC, car il ne s'agit pas d'une participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal. Si le droit cantonal prévoit néanmoins une obligation de remboursement, il s'agit d'une prestation purement cantonale selon l'art. 2 al. 2 LPC (Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, op. cit. n. 266 ; ATAS71045/2021 du 12 octobre 2021 consid.7b).

7.1.2 La raison pour laquelle, selon l'art. 14 al. 3 let. b LPC, les frais de maladie et d'invalidité des personnes vivant dans un home sont remboursés à hauteur de CHF 6'000.- au maximum en plus de la prestation complémentaire annuelle, alors que des prestations bien plus élevées sont possibles pour les personnes vivant à domicile (art. 14 al. 3 let. a et art. 14 al. 4 LPC), réside dans le fait que pour les bénéficiaires de PC vivant dans un home, l'aide, les soins et l'assistance qu'ils reçoivent en raison de leur âge, de leur invalidité, d'un accident ou d'une maladie sont fournis - en grande partie - dans le cadre du séjour en home, qui est lui-même financé par la taxe journalière imputable (art. 3b al. 2 let. a LPC [actuellement

art. 10 al. 2 let. a LPC/note de l'auteur]) (SVR 2005 PC n° 2 p. 8 consid. 5.2 ; Urs MÜLLER, op. cit. n. 840).

L'art. 14 al. 3 LPC tient compte de la souveraineté cantonale dans ce domaine, sans pour autant entraîner une détérioration de la position des personnes assurées. Les cantons se voient conférer la compétence de fixer des plafonds pour le remboursement annuel des frais de maladie et d'invalidité qui ne soient pas inférieurs aux montants maximaux actuels (cf. message du 7 septembre 2005 concernant la législation d'exécution de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons [RPT], FF 2005 6224 et 6231 ; Urs MÜLLER, op. cit. n° 841).

7.2 Au niveau cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 (LPFC - J 4 20) confère au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. Ils répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondant aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

7.2.1 Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant le RFMPC.

L'art. 1 al. 1 RFMPC prévoit que le règlement s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI.

À teneur de l'art. 2 RFMPC, sont en outre considérés comme frais de maladie et d'invalidité les frais de lunettes médicales, une fois par année, à concurrence de CHF 150.- pour la monture et du coût effectif des verres simples et adéquats (let. a), les frais de pédicure sur prescription médicale, une fois par mois au maximum, au tarif convenu entre le service et l'association cantonale genevoise des pédicures-podologues (let. b).

L'art 8 RFMPC, intitulé « Participation aux coûts », dispose que sont remboursés la participation prévue par l'article 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 de cette loi (let. a) et le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal (let. b).

Conformément à l'art. 9 RFMPC, si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'art. 93 OAMal, la participation aux coûts remboursée s'élève à CHF 1'000.- par année au maximum.

7.2.2 Par arrêté du 19 décembre 2018, le Conseil d'État a déterminé la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins non pris en charge par les assurances sociales et fournis aux assurés suivis en ambulatoire ou en EMS, et

fixé à CHF 8.- ladite contribution personnelle, au sens de l'art. 25a al. 5, 1ère phrase, LAMal.

7.2.3 Le Département de la solidarité et de l'emploi du Canton de Genève a adopté des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (DFM, entrées en vigueur le 1er janvier 2011).

Ces dernières prévoient notamment que la participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMal est prise en compte par les prestations complémentaires pour les coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8 let. a RFMPC ; ch. 7.1 DFM).

La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% - voire 20% pour certains médicaments - des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; ch. 7.2 DFM).

La participation aux coûts susceptible d'être prise en compte, par bénéficiaire de prestations complémentaires, ne peut pas être supérieure à CHF 1'000.- par année civile (cf. art. 9 RFMPC). La composition du montant n'a pas d'importance. Si une personne a, par exemple, opté en faveur d'une franchise à CHF 300.- et doit payer une quote-part de CHF 325.-, le montant remboursé sera de CHF 625.-. Si une autre personne a opté en faveur d'une franchise à CHF 500.- et doit payer une quote-part de CHF 700.-, le montant remboursée sera de CHF 1'000.- (ch. 7.3 DFM).

Pour les résidents d'un home médicalisé, par dérogation au N°7.1 ci-dessus, le SPC rembourse le montant de la participation aux coûts (franchise et quote-part) de CHF 1'000.- sans que le bénéficiaire n'ait à lui adresser les documents y relatifs (ch. 7.5 DFM).

Si des prestations sont prises en charge par des assurances complémentaires (par exemple 50% du coût de médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire), les frais restants ne peuvent pas être remboursés par les prestations complémentaires. Ne sont pas concernés par cette règlementation les frais restants issus d'un traitement dentaire, de prestations d'aide, de soins et d'assistance à domicile, de cures, de séjours de convalescence, de transports et de moyens auxiliaire, dans la mesure où les conditions de remboursement desdits frais sont remplies (ch. 7.6 DFM).

Les prestations prises en charge pas l'assurance obligatoire des soins – aux conditions et dans l'étendu prévues par les art. 32 à 34 LAMal – sont mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal (cf. ch. 7.7 DFM). Les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont mentionnés aux art. 35 à 40 LAMal, ainsi qu'aux art. 44 à 55 OAMal (ch. 7.8 DFM).

8. En l'espèce, la recourante a requis le remboursement des frais médicaux et de dépendance restés à la charge du défunt en 2019 et 2020, jusqu'à concurrence de CHF 6'000.- par année.

8.1 La chambre de céans relève en préambule que, selon l'art. 21 de l'Accord du 11 juin 1955 entre le Conseil fédéral Suisse et l'Organisation européenne pour la Recherche Nucléaire pour déterminer le statut juridique de cette Organisation en Suisse (RS 0.192.122.42), l'Organisation est exempte de toutes contributions obligatoires à des institutions générales de prévoyance sociale, telles que les caisses de compensation, les caisses d'assurance chômage, l'assurance-accidents, etc., étant entendu que l'Organisation assurera, dans la mesure du possible et dans des conditions à convenir, l'affiliation aux systèmes suisses d'assurance de ceux de ses agents qui ne sont pas assurés d'une protection sociale équivalente par l'Organisation elle-même.

8.1.1 La compagnie d'assurance UNIQA a été mandatée pour la gestion du CHIS, dont le Règlement inclut l'assurance contre les conséquences financières de la maladie, des accidents et de la maternité, l'assurance contre les conséquences financières des accidents et maladies professionnels, l'assurance contre les conséquences financières de la dépendance, l'assurance contre l'incapacité de gain d'un membre de la famille (Ch. I 2.01 Règlement CHIS).

Les pensionnés du CERN, à savoir les bénéficiaires de la Caisse de pension du CERN, peuvent opter pour une affiliation post-obligatoire et rester membre principal du régime lorsque leur affiliation obligatoire se termine (cf. Ch. II 1.01 let. b et 1.07 ; Ch. III 2.01 let. a Règlement CHIS).

8.1.2 En sa qualité de retraité du CERN, le défunt a pu choisir de rester affilié au régime du CERN et bénéficier ainsi d'une couverture d'assurance-maladie à durée indéterminée selon le Règlement CHIS, lequel offre des prestations qui relèvent de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance-maladie complémentaire.

Le défunt n'était donc pas soumis au régime de la LAMal, ce qui est d'ailleurs admis par les parties.

8.2 La chambre de céans rappelle ensuite que les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés par les cantons sont exhaustivement mentionnés à l'art. 14 al. 1 LPC.

8.2.1 S'agissant des frais médicaux énoncés à l'art. 14 al. 1 let. a à f LPC, le montant maximal pouvant être remboursé s'élève dans le cas d'espèce à CHF 6'000.- par année puisque le défunt vivait dans un EMS, étant rappelé que le droit cantonal n'a pas prévu de plafond supérieur.

La recourante a confirmé lors de l'audience de comparution personnelle que les dépenses concernées qui n'auraient pas été acquittées par UNIQA ont bien été prises en charge par l'intimé dans la limite du montant maximum de CHF 6'000.-.

Ce point n'est donc pas litigieux.

8.2.2 En ce qui concerne les frais visés par l'art. 14 al. 1 let. g LPC, soit les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal, ils ne peuvent être remboursés qu'à concurrence de CHF 1'000.- par année, conformément à l'art. 9 RFMPC.

La recourante a expliqué que les frais médicaux qui demeuraient à la charge du défunt ne pouvaient en aucun cas excéder CHF 350.- en application du Règlement CHIS.

Il en découle donc que le plafond de CHF 1'000.- ne pouvait de toute façon pas être atteint. Le fait que le défunt n'était pas soumis à la LAMal et que le Règlement CHIS ne lui permettait pas de choisir sa franchise est ainsi sans pertinence pour l'issue du litige.

8.2.3 Quant aux frais de dépendance facturés par l'EMS, ils ne font pas partie de la liste exhaustive de l'art. 14 al. 1 LPC. Il n'incombe donc pas à l'intimé de les acquitter.

À cet égard, il sera encore observé que le droit genevois ne prévoit pas une telle obligation de remboursement, qui constituerait une prestation purement cantonale. En effet, le champ d'application du RFMPC se limite expressément au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC (art. 1 al. 1 RFMPC), et le catalogue des « Frais de médecin, de dentiste, de pharmacie, de soins et de tâches d'assistance » figurant au Chapitre II (art. 8 à 18 RFMPC) reprend la liste énumérée à l'art. 14 al. 1 LPC.

C'est encore le lieu de relever que les assureurs-maladie LAMal versent aux EMS un forfait pour les prestations de soins en fonction du degré de dépendance calculé selon la méthode de la planification informatisée des soins infirmiers requis (PLAISIR) au sens de l'art. 7a OPAS. Quant au résident, demeurent en principe à sa charge la participation au coût des soins de CHF 8.- par jour ainsi que le prix de la pension facturé par l'EMS sur la base du contrat d'accueil, pension qui englobe les prestations socio-hôtelières (hébergement, restauration, buanderie, services logistiques et techniques, administration et animation socio-culturelle).

En l'occurrence, il ressort d'un courrier d'UNIQA du 28 septembre 2016 (cf. annexe à la demande de prestation – pièce 1 intimé) que sa commission médico-sociale a reconnu, après examen du dossier du défunt, une dépendance de degré moyen dès le 3 août 2016, appréciation qui n'a jamais été remise en cause par le défunt ni la recourante. En application de sa réglementation, elle a octroyé à l'intéressé plusieurs prestations, dont l'une intitulée « plafond paramédical » d'un montant de CHF 1'650.- par mois. Ce montant était destiné à couvrir les soins médicaux dispensés par des auxiliaires médicaux ainsi que le forfait de soins en EMS. Que le défunt eût pu obtenir une contribution plus importante aux soins fournis par l'EMS en cas d'affiliation à la LAMal ne concerne pas l'intimé. À cet égard, il semble d'ailleurs qu'UNIQA a versé en sus des montants mensuels de CHF 1'650.- une « allocation journalière » d'un montant de CHF 72.- par jour,

allocation que le défunt pouvait « affecter librement à toute dépense nécessitée par [son] état de dépendance et qui ne serait pas couverte par les prestations du Régime d'assurance maladie » (cf. courrier du 28 septembre 2016 susmentionné).

À toutes fins utiles, la chambre de céans constatera encore que les pièces du dossier attestent que l'intimé a bien remboursé la participation au coût des soins de CHF 8.- par jour, comme prévu par l'art. 8 let. b RFMPC, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA et 89H al. 4 LPA).

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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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