RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3329/2020 **ATAS/1045/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 octobre 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE, Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseures

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), né le _____ 1969, a été mis au bénéficie d'une rente entière d'invalidité, prenant effet au 1er septembre 2015, sur la base d'une décision rendue le 5 mai 2017 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

b. Par décision du 22 août 2017, le Service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé) a accepté le droit aux prestations complémentaires fédérales et cantonales de l'intéressé avec effet au 1er septembre 2015.

c. Par pli du 29 juin 2020, l'intéressé a transmis au SPC un décompte de prestations de sa caisse-maladie – Assura-Basis SA (ci-après : ASSURA ou la caisse) –, aux termes duquel celle-ci prenait en charge un montant de CHF 6'156.- au titre de l'assurance obligatoire des soins, en raison d'un séjour hospitalier de vingt jours que l'intéressé avait effectué du 21 février au 12 mars 2020 à la Clinique de B_____. Ce décompte précisait que sur le montant de CHF 6'156.- que la caisse avait payé directement au prestataire, il existait une participation de CHF 300.- que l'intéressé était invité à lui rembourser. Cette dernière représentait la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier (CHF 15.- par jour) qui était à la charge des assurés en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et ses dispositions d'exécution.

B. a. Par décision du 13 août 2020, le SPC a informé l'assuré qu'il ne pouvait pas prendre en charge la « taxe hospitalière » de CHF 300.- dont sa caisse réclamait le remboursement, tout en précisant que si le montant des frais restant à sa charge dépassait CHF 300.- par année civile et que son budget s'en trouvait déséquilibré, il avait la possibilité de s'adresser au centre d'action sociale de son quartier ou de sa commune, ou à Pro Infirmis Genève, afin d'obtenir des conseils et, le cas échéant, une aide financière selon son budget.

b. Le 31 août 2020, l'assuré a formé opposition à cette décision en indiquant qu'il ne la comprenait pas. En tant que rentier, il bénéficiait d'un faible revenu qui ne lui permettait pas de disposer d'une couverture plus étendue que celle procurée par l'assurance obligatoire des soins. Il avait séjourné dans un établissement public, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 14 février au 12 mars 2020, séjour qui incluait la convalescence passée à la Clinique de B_____ à partir du 21 février 2020. Dans ce contexte, il s'attendait à une prise en charge complète par l'assurance obligatoire des soins, d'autant que le personnel hospitalier ne lui avait pas indiqué que tel ne serait pas le cas. Force était également de relever qu'en fonction de la durée du séjour, la taxe hospitalière correspondante, non couverte par l'assurance obligatoire des soins, pouvait se révéler très importante.

c. Par décision du 7 octobre 2020, le SPC a rejeté l'opposition en expliquant que depuis le 1er janvier 2011, l'ordonnance sur l'assurance-maladie prévoyait une contribution de chaque patient aux frais de séjour hospitalier (nourriture, logement). Ladite contribution correspondait au montant fixe de CHF 15.- par jour qui figurait

à titre de « contribution hospitalière » sur le décompte produit le 29 juin 2020 par l'intéressé. La loi fixait une liste des frais médicaux qui étaient remboursés par les cantons aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle. Cette liste comprenait les frais de traitement dentaire, d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires, les frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin, les frais liés à un régime alimentaire particulier, les frais de transport vers le centre de soins le plus proche, les frais de moyens auxiliaires, ainsi que les frais payés au titre de la participation aux coûts à l'assurance obligatoire de soins, soit un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts dépassant la franchise (quote-part).

Concernant les autres charges et frais courants, la loi prévoyait dans les dépenses reconnues du calcul de la prestation complémentaire annuelle un forfait destiné à la couverture de ces besoins dits « vitaux ». Ce forfait comprenait les dépenses engagées pour l'alimentation, l'habillement, l'énergie, l'ameublement et la tenue du ménage, l'hygiène et les soins, les moyens de transport et de communication, les loisirs et les autres frais courants (assurance-ménage, responsabilité civile, impôts, etc.).

Vu que la contribution aux frais de séjour hospitalier (ou « taxe hospitalière ») faisait partie des frais pris en compte dans le montant forfaitaire destiné à la couverture des besoins vitaux, il appartenait à l'intéressé d'en assumer le paiement. Aussi était-ce à juste titre que la décision de frais de maladie du 13 août 2020 avait refusé la prise en charge de ladite contribution.

C. a. Le 21 octobre 2020, l'intéressé a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à la prise en charge intégrale de la taxe hospitalière de CHF 300.- par l'intimé. À l'appui de ses conclusions, il a fait valoir qu'aux termes de la loi, il incombait aux cantons de rembourser aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais liés aux séjours de convalescence prescrits par un médecin.

b. Par réponse du 19 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours en soutenant que dans la mesure où la taxe hospitalière était une contribution destinée à couvrir une partie des frais, notamment ceux de nourriture, que l'assuré économisait lors d'un traitement stationnaire, elle faisait partie des autres charges et frais courants couverts par le forfait destiné à la couverture des besoins vitaux. Elle ne correspondait donc pas aux « frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin » cités par le recourant.

c. Le 23 novembre 2020, la chambre de céans a transmis au recourant une copie de cette écriture en lui impartissant un délai pour produire toute pièce utile et faire part de ses éventuelles observations.

d. En l'absence de nouvelle écriture du recourant après fixation d'un nouveau délai à cet effet, 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), 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 en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 43 LPCC), dans le respect des exigences de forme et de contenu posées par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. 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).

4. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 p. 5137; FF 2018 p. 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 p. 358).

5. Ne s'appliquent pas non plus en l'espèce, eu égard à leurs dispositions transitoires respectives, les modifications, également entrées en vigueur le 1er janvier 2021, qui ont été apportées à la LPC par la réforme des prestations complémentaires du 22 mars 2019 (RO 2020 p. 585 ; FF 2016 p. 7249), de même que par le ch. I.5 de la loi fédérale du 20 décembre 2019 sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches (RO 2020 p. 4525 ; FF 2019 p. 3941).

6. Le litige porte sur le paiement, par l'intimé, de la contribution hospitalière de CHF 300.- que la caisse-maladie du recourant a laissé à la charge de ce dernier suite à un séjour effectué à la Clinique de B_____-Mont du 21 février au 12 mars 2020.

7. a. Aux termes de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de l'année civile en cours, dûment établis, relatifs aux traitements dentaires (let. a), à l'aide, aux soins et à l'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c), à un régime particulier (let. d), au transport vers le centre de soins le plus proche (let. e),

aux moyens auxiliaires (let. f) et à la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10) (let. g).

Selon l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. L'art. 64 al. 2 LAMal précise que leur participation comprend un montant fixe (franchise) (let. a) ; et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (let. b).

L'art. 64 al. 5 LAMal dispose qu'en cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution.

En application de l'art. 64 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a fixé à CHF 15.- la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier (cf. art. 104 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal – RS 832.102]).

Selon l'art. 14 al. 2 LPC, 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 adéquate des prestations.

Sur le plan 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) délègue 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, qui répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 de la loi fédérale (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

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

Selon l'art. 1 al. 1 RFMPC, le présent 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.

Aux termes 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 SPC et l'association cantonale genevoise des pédicures-podologues (let. b).

À teneur de l'art. 8 let. a RFMPC, est remboursée la participation prévue par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 de cette loi.

b. L'art. 64 LAMal figure sous le titre « Assurance obligatoire des soins » (art. 3 ss 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, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, in Ulrich MEYER [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, 3ème éd. 2016, p. 1946, n. 266).

c. Selon l'art. 64 al. 2 let. a et b LAMal, la participation aux coûts se compose d'un montant annuel fixe, la franchise, et d'un dixième des coûts dépassant la franchise, la quote-part. Outre la franchise et la quote-part, l'art. 64 al. 5 LAMal prévoit un troisième type de participation aux coûts, à savoir la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. Cette contribution est basée sur la considération que l'assuré devrait payer pour son propre entretien s'il n'était pas malade. L'hospitalisation lui épargne donc des frais, raison pour laquelle sa contribution apparaît justifiée. Selon l'art. 104 al. 1 OAMal, la contribution s'élève à CHF 15.- par jour. Étant donné que les prestations complémentaires couvrent déjà les coûts des besoins fondamentaux en matière d'alimentation, d'habillement, etc. dans le cadre du montant pour les besoins vitaux généraux (cf. art. 10 LPC, art. 6 LPCC ainsi que l'art. 3 du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 juin 1999 [RPCC-AVS/AI – J 4 25.03]), une rémunération de ce troisième type de participation aux coûts entraînerait une double couverture par les prestations complémentaires et donc une surindemnisation inadmissible. La participation aux coûts sous forme de contribution aux frais d'hospitalisation ne peut donc pas être remboursée aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle. Malgré sa formulation, l'art. 14 al. 1 let. g LPC – qui mentionne toutes les participations aux coûts selon l'art. 64 LAMal –, ne vise donc en réalité que les franchises et quotes-parts prévues par l'art. 64 al. 2 LAMal (Ralph JÖHL/Patricia USINGER-EGGER, op. cit., p. 1947, n. 268). On ajoutera qu'au niveau cantonal, l'art. 8 let. a RFMPC ne s'écarte pas de cette interprétation restrictive donnée à l'art. 14 al. 1 let. g LPC dans la mesure où la participation aux coûts au sens de la disposition réglementaire précitée « comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % – voire 20 % pour certains médicaments – des coûts qui

dépassent la franchise (quote-part) » (cf. le ch. 7.2 des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI [DFM], établies par le Département de la solidarité et de l'emploi [DSE]). Il s'ensuit que l'art. 8 let. a RFMPC n'inclut pas non plus la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation.

8. En l'espèce, il ressort du décompte de prestations « tiers payant » établi le 13 mai 2020 par ASSURA (pce 50 intimé) que pour le traitement prodigué du 21 février au 12 mars 2020 – soit durant vingt jours – par la Clinique de B_____, l'assurance obligatoire des soins a payé CHF 6'156.- directement au fournisseur et réclamé au recourant une participation de CHF 300.- au titre de la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue aux art. 64 al. 5 LAMal et 104 al. 1 OAMal. Contrairement à ce que le recourant soutient, ce poste de CHF 300.- correspond donc bien à 20 contributions journalières à CHF 15.- selon les art. 64 al. 5 LAMal et 104 al. 1 OAMal, et non aux frais liés à un séjour de convalescence prescrit par un médecin (art. 14 al. 1 let. c LPC).

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

10. 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	Le président
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

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