

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3374/2016

ATAS/592/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 juin 2017**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, représentée par  
l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO et Christian PRALONG,  
Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), de nationalité suisse, née en 1949 au Cameroun, est au bénéfice de prestations complémentaires fédérales et cantonales, servies par le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC).
2. À une date inconnue, l'assurée a transmis au SPC les décomptes de prestations établis par son assureur-maladie, CSS Assurance (ci-après : CSS), entre le 19 février et le 22 avril 2014, et a sollicité le remboursement des montants non pris en charge par son assurance, soit :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 19.02.2014       | 18.45                  |
| 19.02.2014       | 135.00                 |
| 05.03.2014       | 1.85                   |
| 10.03.2014       | 63.00                  |
| 11.03.2014       | 7.70                   |
| 09.04.2014       | 25.30                  |
| 11.04.2014       | 22.15                  |
| 22.04.2014       | 8.75                   |
| 22.04.2014       | 0.80                   |

3. Le 30 septembre 2014, l'assurée a encore transmis au SPC les décomptes de prestations suivants :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 24.03.2014       | 63.00                  |
| 30.05.2014       | 22.15                  |
| 06.06.2014       | 163.00                 |
| 13.06.2014       | 34.85                  |

4. Par décision du 10 octobre 2014, le SPC a accepté de prendre en charge CHF 148.00, montant correspondant aux décomptes des 19 février, 5, 10 et 11 mars, 9, 11 et 22 avril 2014, produits à une date inconnue (voir supra ch. 2). Seul le montant de CHF 135.-, relatif à la taxe hospitalière, n'était pas remboursé par le SPC.
5. Le 13 novembre 2014, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, en relevant que, selon les décomptes suivants établis par CSS, les frais assumés entre le 27 août 2013 et le 22 avril 2014 s'élevaient en réalité à plus de CHF 1'178.10 :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 07.02.2014       | 139.65                 |
| 28.02.2014       | 110.95                 |
| 21.03.2014       | 11.95                  |
| 24.03.2014       | 63.00                  |
| 28.03.2014       | 87.40                  |
| 04.04.2014       | 37.80                  |
| 11.04.2014       | 95.10                  |

---

|            |        |
|------------|--------|
| 16.04.2014 | 65.05  |
| 25.04.2014 | 87.80  |
| 02.05.2014 | 203.75 |
| 30.05.2014 | 22.15  |
| 06.06.2014 | 163.00 |
| 13.06.2014 | 34.85  |

Le montant de CHF 148.00 admis par le SPC était dès lors bien en-deçà des frais réellement assumés.

6. Par décision du 5 septembre 2016, le SPC a confirmé sa décision du 19 octobre 2014, en expliquant que le montant de CHF 135.- correspondant à la taxe hospitalière ne pouvait être remboursé, dès lors qu'il était compris dans le forfait pour besoins vitaux.
7. Le 4 octobre 2016, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et, cela fait, à ce que le SPC (ci-après : l'intimé) reprenne les calculs relatifs au remboursement des frais de maladie en sa faveur. Sur le fond, elle reprend les mêmes arguments que ceux déjà invoqués à l'appui de son opposition et produit une nouvelle fois les décomptes mentionnés sous ch. 5 supra.
8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 novembre 2016, relève que sa décision du 10 octobre 2014 portait sur le remboursement des frais médicaux payés par la recourante du 19 février au 22 avril 2014, tels que détaillés dans les décomptes des 24 mars, 30 mai, 6 et 13 juin 2014 (voir supra ch. 3). Il répète qu'il n'a refusé de prendre en charge que le seul montant de CHF 135.-, conformément aux directives applicables en la matière.

Après un examen approfondi du dossier, l'intimé allègue que la recourante ne lui a jamais fait parvenir les décomptes supplémentaires mentionnés dans ses écritures.

Selon lui, il n'y a plus aucun décompte en suspens ; ils ont tous été traités par le secteur concerné et ont fait l'objet de décisions en bonne et due forme.

9. Par pli du 12 décembre 2016, la recourante a précisé que c'est par courrier recommandé du 30 septembre 2014 qu'elle avait transmis à l'intimé tous les décomptes relatifs à la période du 26 août 2013 au 22 avril 2014 ; neuf pages étaient jointes audit courrier. Ces documents sont donc parvenus à l'intimé avant qu'il ne rende la décision du 10 octobre 2014. Qui plus est, toutes ces pièces étaient déjà mentionnées et jointes à l'opposition du 13 novembre 2014.
10. Sur quoi, 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. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales (art. 1 al. 1 LPC) ainsi qu'en matière d'assurance-maladie (art. 1 LAMal) à moins qu'il n'y soit expressément dérogé, ce qui est notamment le cas en cas de réduction de primes au sens de l'art. 65 LAMal.
3. En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA ; voir également art. 9e de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPCF]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).

Interjeté le 5 octobre 2016 contre une décision sur opposition datée du 5 septembre 2016 mais reçue le 6 septembre 2016, le recours a été déposé en temps utile.

4. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.
  - a. Sur le plan fédéral, le droit à la prestation complémentaire annuelle a pour corollaire le droit au remboursement des frais de maladie aux conditions de l'art. 14 LPC. Selon l'alinéa 1 let. g de cette disposition, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, notamment les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal1 de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis.
  - b. Sur le plan cantonal, l'art. 3 al. 4 LPCC stipule que les bénéficiaires du revenu minimum cantonal d'aide social, qui leur est garanti par le versement de prestations cantonales complémentaires à l'AVS/AI (art. 1 al. 1 LPCC), ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans les limites définies par la législation fédérale, mais seulement jusqu'à concurrence du solde non remboursé au titre de prestations complémentaires fédérales.
5. a. L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit que les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). La procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 279/03 du

---

30 septembre 2005 consid. 2.2.2, in SVR 2006 ALV n° 13 p. 43 ; cf. aussi ATF 130 V 388).

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 118 consid. 2a p. 121; GRISEL, *Traité de droit administratif*, vol. II, p. 939). La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (ATF 119 V 350 consid. 1b et les références). L'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. La décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (ATF 125 V 415 consid. 2; MEYER-BLASER, *Der Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413*, in *Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis*, 2001, n° 17 p. 19; MEYER/VON ZWEHL, *L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral*, in *Mélanges Pierre Moor*, 2005, p. 435 ss; SEILER, *Rechtsfragen des Einspracheverfahrens in der Sozialversicherung [Art. 52 ATSG]*, in *Sozialversicherungsrechtstagung 2007*, n° 10.5 p. 99 sv.).

b. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées ; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347 ; voir également l'arrêt D. du 8 octobre 2003, U 152/01, consid. 3; MEYER-BLASER, *Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413*, in *SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [édit.]*, *Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis*, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a, 112 V 99 consid. 1a, 110 V 51 consid. 3c et les références; voir également ATF 122 V 36 consid. 2a).

6. En l'espèce, il ressort du dossier produit par l'intimé que la recourante lui a transmis les décomptes de frais de maladie suivants :

– à une date inconnue :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 19.02.2014       | 18.45                  |
| 19.02.2014       | 135.00                 |
| 05.03.2014       | 1.85                   |
| 10.03.2014       | 63.00                  |
| 11.03.2014       | 7.70                   |
| 09.04.2014       | 25.30                  |
| 11.04.2014       | 22.15                  |
| 22.04.2014       | 8.75                   |
| 22.04.2014       | 0.80                   |

– en date du 30 septembre 2014 et en annexe à l'opposition du 13 novembre 2014 :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 24.03.2014       | 63.00                  |
| 30.05.2014       | 22.15                  |
| 06.06.2014       | 163.00                 |
| 13.06.2014       | 34.85                  |

– en annexe à l'opposition du 13 novembre 2014 :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 07.02.2014       | 139.65                 |
| 28.02.2014       | 110.95                 |
| 21.03.2014       | 11.95                  |
| 28.03.2014       | 87.40                  |
| 04.04.2014       | 37.80                  |
| 11.04.2014       | 95.10                  |
| 16.04.2014       | 65.05                  |
| 25.04.2014       | 87.80                  |
| 02.05.2014       | 203.75                 |

Le 10 octobre 2014, l'intimé a accepté la prise en charge des frais médicaux portés à sa connaissance à une date inconnue et a versé à la recourante CHF 148.-, correspondant aux décomptes des 19 février, 5, 10 et 11 mars, 9, 11 et 22 avril 2014 ; seul le montant de CHF 135.-, correspondant à la taxe hospitalière, n'était pas accepté.

Conformément à la jurisprudence en la matière, la procédure d'opposition ne pouvait porter que sur les rapports juridiques ayant fait l'objet de la décision initiale et à propos desquels la recourante avait manifesté son désaccord, implicitement ou explicitement. En d'autres termes, la procédure d'opposition ne pouvait porter que sur les décomptes des 19 février, 5, 10 et 11 mars, 9, 11 et 22 avril 2014. Dans la mesure où seul le montant de CHF 135.- n'avait pas été accepté dans la décision initiale, l'intimé a logiquement considéré que la bénéficiaire contestait uniquement ce point. Cela ne correspond toutefois pas aux termes de l'opposition, laquelle portait sur la prise en charge des frais de maladie portés à la connaissance du SPC par courrier du 30 septembre 2014 et en annexe à l'opposition du 13 novembre 2014. L'intimé aurait ainsi dû déclarer l'opposition irrecevable en tant qu'elle portait sur la prise en charge de frais n'ayant pas fait l'objet de la décision initiale.

---

En lieu et place, l'intimé s'est prononcé sur la question de la prise en charge du montant de CHF 135.- uniquement, à l'exclusion des montants ressortant des décomptes produits le 30 septembre 2014.

Dans la procédure de recours, la recourante réclame la prise en charge de CHF 1'178.10 correspondant aux décomptes suivants :

- transmis en date du 30 septembre 2014 et en annexe à l'opposition du 13 novembre 2014 :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 24.03.2014       | 63.00                  |
| 30.05.2014       | 22.15                  |
| 06.06.2014       | 163.00                 |
| 13.06.2014       | 34.85                  |

- transmis en annexe à l'opposition du 13 novembre 2014 :

| date du décompte | montant réclamé au SPC |
|------------------|------------------------|
| 07.02.2014       | 139.65                 |
| 28.02.2014       | 110.95                 |
| 21.03.2014       | 11.95                  |
| 28.03.2014       | 87.40                  |
| 04.04.2014       | 37.80                  |
| 11.04.2014       | 95.10                  |
| 16.04.2014       | 65.05                  |
| 25.04.2014       | 87.80                  |
| 02.05.2014       | 203.75                 |

Là encore, puisque ces décomptes n'ont encore fait l'objet d'aucune décision - initiale ou sur opposition -, un recours concernant la question de leur prise en charge est prématuré et, par voie de conséquence, irrecevable.

La cause est renvoyée au SPC à charge pour ce dernier de statuer par le biais d'une décision formelle sujette à opposition sur la question de la prise en charge des frais médicaux ressortant des décomptes précités.

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

**Statuant**

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Transmet la cause au SPC comme objet de sa compétence, pour décision sur les frais médicaux non pris en charge par l'assureur-maladie selon les décomptes des 7 et 28 février, 21, 24 et 28 mars, 4, 11, 16 et 25 avril, 2 et 30 mai, 6 et 13 juin 2014.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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