

GE_GERICHTE ATAS/1070/2019 vom 19. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1070_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1070/2019 du 19 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1070/2019 del 19 novembre 2019

Erwägungen

E. 16

Ces écritures ont été transmises à l'assuré et 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 dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1]; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). 3. Le litige porte sur la date à compter de laquelle l'assuré a droit aux prestations complémentaires fédérales et cantonales. 4. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Selon l'art. 12 al. 1 LPC, le droit à une prestation complémentaire annuelle prend naissance le premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies. L'art. 20 al. 1 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance■ vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301) précise que la personne qui veut faire valoir un droit à une prestation complémentaire annuelle doit déposer une demande écrite, comme le prévoit, dans

A/530/2019 - 6/11 - le domaine de l'AVS, l'art. 67 al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), que l'art. 20 al. 1 phr. 2 OPC-AVS/AI déclare applicable par analogie et à teneur duquel l'ayant droit, pour faire valoir son droit à une rente ou à une allocation pour impotent, doit remettre une formule de demande dûment remplie à la caisse de compensation compétente. Les mêmes règles valent pour les PCC (art. 1A al. 1 let. b et art. 18 al. 1 LPCC, art. 9 al. 1 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). Ces dispositions expriment le principe que les prestations d'assurances sociales ne sont servies qu'à la demande de l'ayant droit (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 1 ad art. 12). Une règle similaire figure à l'art. 29 al. 1 LPGA, à teneur duquel celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale

concernée, disposition qui – à défaut de dérogation expresse prévue à cet égard par la LPC – trouve aussi application en matière de PC (art. 1 al. 1 LPGA ; art. 1A al. 1 let. b LPCC). 5. Selon les Directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant les prestations complémentaires (DPC), n°1110.02, si l'assuré fait valoir son droit par une demande écrite ne répondant pas aux exigences formelles exposées ci-dessus, l'organe PC doit lui envoyer une formule adéquate en l'invitant à la remplir. La date de réception de la première pièce est alors déterminante quant aux effets juridiques du dépôt de la demande, pour autant que la formule officielle de demande ainsi que les informations et autres documents utiles soient déposés dans les trois mois qui suivent (RCC 1989 p. 48 consid. 2). Si le délai susindiqué n'est pas respecté, la PC n'est versée qu'à partir du mois au cours duquel l'organe PC est en possession des documents utiles. L'organe PC doit rendre l'assuré attentif au fait que, faute de production des informations utiles dans le délai indiqué, un versement rétroactif de la PC à compter du mois de l'annonce ne peut pas entrer en ligne de compte (DPC no1110.03). Le droit à une PC annuelle prend naissance, la première fois, le mois où la demande est déposée munie de toutes les informations et autres documents utiles (v. no 1110.02) et où sont remplies toutes les conditions légales auxquelles il est subordonné (DPC n°2121.01). Si l'assuré fait valoir son droit par une demande écrite ne répondant pas aux exigences formelles, ou s'il n'a pas envoyé toutes les informations et autres documents utiles, le droit à la PC ne peut prendre naissance à partir du mois où la demande lacunaire a été présentée que dans la mesure où l'intéressé représente sa demande au moyen du formulaire approprié dans les trois mois qui suivent, ou complète sa demande en présentant les informations et autres documents utiles dans les trois mois qui suivent. À défaut, le droit à la PC ne peut prendre naissance pour

A/530/2019 - 7/11 - la première fois qu'à partir du mois où l'organe PC est en possession de la demande correcte et de toutes les informations et autres documents utiles (DPC no 2121.02). 6. L'art. 43 LPGA régit l'instruction de la demande. Il précise que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). L'obligation de collaborer ancrée à l'art. 43 LPGA a une portée générale en assurances sociales et vaut ainsi également dans le domaine des prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_180/2009 du 9 septembre 2009 consid. 4.2.1). La violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'est déterminante que si elle n'est pas excusable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2007 du 2 juillet 2008, consid. 6.3). Il doit ainsi s'agir d'une violation fautive, qui suppose que le comportement de l'intéressé n'est pas compréhensible. Cette condition est réalisée lorsqu'il n'existe aucun fait justificatif (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 3ème éd. 2015, n. 51 ad art. 92). Dans un arrêt du 8 octobre 2013, la chambre de céans a eu l'occasion de considérer que l'on ne pouvait reprocher à un assuré de n'avoir été ni en mesure de réunir les documents demandés, ni d'en confier la tâche à une personne de confiance, parce qu'il vivait reclus dans son appartement, coupé de tout contact social et souffrait de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) gravissimes pour lesquels il avait été mis au bénéfice d'une rente entière

d'invalidité (ATAS/982/2013). Lorsqu'elle se heurte à un refus de collaborer, l'autorité administrative peut déclarer irrecevable la requête dont elle est saisie. Elle doit cependant faire usage de cette possibilité uniquement lorsque les éléments disponibles ou pouvant être rassemblés sans difficultés particulières ne permettent pas un examen sur le fond (ATF 108 V 229 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1). Au plan cantonal, conformément à l'art. 11 al. 3 LPCC, le service peut suspendre ou supprimer le versement de la prestation lorsque le bénéficiaire refuse de fournir ou tarde à remettre les renseignements demandés. Cette disposition a une portée analogue à l'art. 43 al. 3 LPGA, à la nuance près qu'elle n'exige pas que le comportement de l'assuré soit inexcusable et ne prévoit pas – ce qui résulte néanmoins des principes de la proportionnalité et de la bonne foi – que l'assuré doit avoir été mis en demeure de produire certains renseignements et documents nécessaires à l'examen du droit aux PCC. L'art. 43

A/530/2019 - 8/11 - al. 3 LPGA s'appliquerait aux PCC, en vertu de l'art. 1A al. 1 let. b LPCC, s'il fallait considérer qu'il y a silence de la LPCC sur ces modalités d'application de l'art. 11 al. 3 LPCC. 7. 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. 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait dans le doute statuer en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2). 8. a. Par décision du 10 octobre 2018, le SPC a constaté qu'à l'échéance du délai d'instruction de trois mois prévu par les DPC susmentionnées, l'assuré n'avait pas transmis la totalité des justificatifs réclamés et a, par conséquent, suspendu l'examen de sa demande de prestations. b. La chambre de céans rappellera, s'agissant des directives, que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative; elles ne créent pas de nouvelles règles de droit; elles ne donnent que le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2; ATFA non publié I 174/03 du 28 décembre 2004, consid. 4.4). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. I, 3ème éd., Berne 2012, p. 428, n. 2.8.3.3). c. Or, le délai de péremption de trois mois fixé dans ces directives n'est pas prévu dans la loi. L'art. 43 LPGA ne prévoit aucune période maximale pour réunir les documents nécessaires au traitement de demandes de prestations. La LPC et l'ordonnance d'exécution ne contiennent pas non plus de tel délai. Partant, les directives excèdent le cadre légal en tant qu'elles prévoient la forclusion des prétentions des assurés n'ayant pas fourni tous les documents utiles dans les trois mois suivant leur demande. L'art. 43 al. 3 LPGA dispose certes qu'un délai convenable doit être imparti à l'assuré. Cette disposition ne constitue cependant pas une base légale suffisante

pour fixer de manière forfaitaire dans les directives un

A/530/2019 - 9/11 - délai de trois mois applicable à toutes les demandes, sans que ne soient prises en considération les circonstances particulières de chaque cas (ATAS/894/2019 consid. 8c.). La décision de non entrée en matière qui peut être rendue après mise en demeure conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, suppose en outre que ce soit de manière inexcusable que l'assuré n'ait pas donné suite aux mesures d'instruction de l'assurance. Dans la mesure où les directives ne reprennent pas cette condition, elles ne sont pas conformes au droit. La décision du 10 octobre 2018 n'était ainsi pas fondée. Elle a, quoi qu'il en soit, été annulée sur opposition le 8 janvier 2019. Par décision du 8 janvier 2019, le SPC a en effet partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'après avoir procédé à un nouvel examen du dossier, il a constaté qu'il était en possession de tous les justificatifs requis, et a levé la suspension du dossier. Considérant toutefois que les justificatifs requis ne lui ont été transmis que le 20 décembre 2018, soit tardivement et sans motif excusable, il ne reconnaît à l'assuré le droit aux prestations qu'à compter du 1er décembre 2018. 9. En l'espèce, l'assuré a déposé sa demande de prestations auprès du SPC le 25 mai 2018. C'est ainsi que son droit à des prestations complémentaires devrait prendre naissance le 1er mai 2018, si toutes les conditions d'octroi sont réunies. Le SPC ne lui reconnaît toutefois ce droit qu'à compter du 1er décembre 2018, se fondant sur la date à laquelle tous les justificatifs requis lui ont été transmis. Il s'agit dès lors de déterminer si les conditions nécessaires à l'octroi des prestations complémentaires étaient réalisées le 1er mai 2018. En accordant le droit de l'assuré à des prestations complémentaires à compter du 1er décembre 2018 seulement, le SPC a, ce faisant, pris une décision de non entrée en matière s'agissant de la demande déposée le 25 mai 2018. Il place en effet l'assuré dans la situation qui aurait été la sienne s'il avait rendu une décision de non entrée en matière et obligé l'assuré à déposer une nouvelle demande, de sorte que celui-ci perd le bénéfice de sa première annonce (cf. à cet égard ATAS/1054/2012). Il est vrai que les directives concernant les prestations nos 1110.02-03 prévoient que l'éventuel droit à des prestations complémentaires ne peut prendre naissance que dès le premier jour du mois au cours duquel toutes les informations et documents indispensables à l'établissement du calcul des prestations sont communiqués. Force est toutefois de constater que cette dérogation à l'art. 12 al. 1 LPC revêt le caractère d'une sanction intimement liée à une décision de non entrée en matière. Or, le SPC ne peut agir de la sorte que si un refus de collaboration inexcusable peut être imputé à l'assuré. Celui-ci considère que tel est le cas. Il ne comprend à cet égard pas que le SPAd ait dû solliciter un délai au 31 décembre 2018 pour produire des documents qui pouvaient être réunis en très peu de temps en faisant preuve de la diligence nécessaire. Il y a toutefois lieu de rappeler que le SPAd a été nommé curateur de l'assuré le 3 août 2018, soit plus de deux mois après le dépôt de la demande, qu'il a donné

A/530/2019 - 10/11 - suite les 24 septembre, 10 et 26 octobre 2018 aux demandes du SPC, en produisant les pièces dont il disposait déjà et en donnant des explications quant à la procédure pendante devant le Tribunal des baux et loyers notamment, qu'il a enfin sollicité un délai au 31 décembre 2018 pour compléter le dossier. Force est de constater qu'il n'est pas resté inactif, qu'il a au contraire tenu au courant le SPC régulièrement des démarches qu'il entreprenait, qu'il a ainsi largement démontré qu'il était prêt à collaborer. On ne saurait dans ces conditions lui reprocher un manque de diligence. Il importe également de relever que le SPC a ignoré tant les explications données que la demande de prolongation de délai, puisqu'il a rendu sa décision le 10 octobre 2018 déjà. Il résulte de ce qui précède que

peu importe à cet égard que le délai de trois mois prévu par les DPC était alors expiré. On ne saurait dès lors reprocher ni à l'assuré, ni à son mandataire, d'avoir commis une quelconque négligence, étant rappelé que la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'est déterminante que si elle n'est pas excusable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2007 du 2 juillet 2008, consid. 6.3). Il doit ainsi s'agir d'une violation fautive, qui suppose que le comportement de l'intéressé n'est pas compréhensible. Cette condition est réalisée lorsqu'il n'existe aucun fait justificatif. 10. Aussi le recours est-il admis, en ce sens que l'assuré a droit aux prestations complémentaires à compter du 1er mai 2018.

A/530/2019 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.