

GE_GERICHTE ATAS/1181/2012 vom 27. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1181_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1181/2012 du 27 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1181/2012 del 27 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1 al. 1 LPC). Les faits déterminants étant survenus postérieurement au 1er janvier 2003, la LPGA est applicable (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la nouvelle du 6 octobre 2006 modifiant la LPC et de celle du 13 décembre 2007 modifiant la LPCC, entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 6068), sont régies par le même principe. Les faits déterminants étant postérieurs à l'entrée en vigueur des nouvelles, ces dernières sont pleinement applicables.

E. 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. 1er 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).

A/547/2012 - 5/9 - Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a fait débiter le droit aux prestations le 1er juin 2011, étant précisé que la recourante invoque la protection de sa bonne foi.

E. 5

a/aa) A teneur de 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. Cette disposition (qui correspond à l'ancien art. 21 al. 1 de l'Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité [OPC- AVS/AI - RS 831.301] abrogé au 1er janvier 2008) ne déroge pas à la LPGA. Au contraire, elle concrétise en partie l'art. 29 LPGA (Feuille fédérale 1999 IV, p. 4234). Il en découle que les développements consacrés à l'art. 29 LPGA peuvent être repris mutatis mutandis, notamment pour les effets attachés au dépôt de la demande (ATAS/908/2012 du 11 juillet 2012, consid. 5). Aux termes de l'art. 29 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite par l'assurance sociale concernée (al. 1). Les assureurs sociaux remettent gratuitement les formules destinées à faire valoir et à établir le droit aux prestations ; ces formules doivent être transmises à l'assureur compétent, remplies de façon complète et exacte par le requérant ou son employeur et, le cas échéant, par le médecin traitant (al. 2). Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (al. 3). Savoir quelles conditions de forme doivent être respectées lors du dépôt de la demande dépend de la législation particulière. Cependant, il s'agit en général du fait de remplir complètement le formulaire de demande et de joindre les pièces utiles à la détermination du droit. Lorsqu'il manque par exemple la signature, des documents nécessaires, une procuration lors de rapports de représentation, etc., l'autorité doit donner la possibilité à la personne de compléter sa demande (KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 27 ad art. 29). En matière de prestations complémentaires, le chiffre 2021.02 des Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC), valables dès le 1er avril 2011, prévoit encore que 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 prestation complémentaire 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

A/547/2012 - 6/9 - informations et autres documents utiles dans les trois mois qui suivent. A défaut, le droit à la prestation complémentaire ne peut prendre naissance pour la première fois qu'à partir du mois où l'organe en charge des prestations complémentaires est en possession de la demande correcte et de toutes les informations et autres documents utiles.

a/bb) S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 18 al. 1 LPCC prévoit que le droit à une prestation prend naissance le premier jour du mois où la demande est déposée et où sont remplies toutes les conditions légales auxquelles il est subordonné. De plus, conformément à l'art. 1 LPCC, en cas de silence de cette loi, les prestations complémentaires cantonales sont régies par la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales (let. a) ainsi que par la LPGA et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales (let. b). b) En l'espèce, la recourante a déposé sa demande, en bonne et due

forme, le 29 juin 2011 de sorte que, conformément à l'art. 12 al. 1 LPC, le droit à une prestation complémentaire annuelle a pris naissance le 1er juin 2011. Il n'y a dès lors aucune place, a priori, pour une application de l'art. 29 al. 3 LPGA et du chiffre 2021.02 des DPC comme le prétend la recourante. Cependant, dans la mesure où cette dernière allègue avoir été induite en erreur par les assurances d'un collaborateur de l'intimé, il y a lieu d'examiner si le SPC est tenu de verser des prestations complémentaires à compter du 1er mars 2011 en application du principe général de la protection de la bonne foi.

E. 6

a) Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le droit à la protection de la bonne foi préserve la confiance légitime que le citoyen met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées) : – l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, – l'autorité ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, – que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, – sur la base de ces renseignements, l'administré ait pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et

A/547/2012 - 7/9 - – que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée. S'agissant de la troisième condition, à savoir celle selon laquelle l'administré doit ne pas pouvoir se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, la jurisprudence a notamment considéré que des exigences plus élevées s'appliquaient aux personnes versées en droit (voir notamment ATF 135 III 489, 134 I 1999, 127 I 31 ; voir également HAFELIN / MULLER / UHLMANN, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 2010, n° 682 p. 154 ; MOOR, *Droit administratif*, Volume I - Les fondements généraux, 1994, p. 431). La protection de la bonne foi n'est en principe exclue que si l'erreur est clairement reconnaissable, en raison d'éléments objectifs (la nature de l'indication fournie et le rôle apparent de celui dont elle émane) et subjectifs (la position ou la qualité de l'administré ou du justiciable concerné) (ATF 117 Ia 297 consid. 2). b) En l'espèce, il est établi que l'autorité, soit pour elle le collaborateur du SPC, est intervenue dans une situation concrète, celle de la recourante, et qu'elle a agi dans les limites de ses compétences. Sur la base des renseignements en question, la recourante a, à l'évidence, pris des dispositions sur lesquelles elle ne peut plus revenir, en déposant sa demande le 29 juin 2012 et non au mois de mars comme initialement souhaité. De plus, la réglementation sur les effets du dépôt de la demande n'a pas changé depuis lors. Seule reste donc litigieuse la question de savoir si la recourante pouvait se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu étant précisé qu'elle était représentée par sa fille, juriste travaillant dans le domaine des assurances sociales. Il y a tout d'abord lieu de constater que la fille de la recourante est juriste auprès d'un organe des assurances sociales et qu'à ce titre, elle est censée connaître l'art. 29 LPGA et notamment son alinéa 3, qui attribue les effets juridiques d'une demande ne respectant pas les exigences de forme au jour de son dépôt. Elle devait par conséquent savoir que, même si la demande n'était pas complète, ses effets remonteraient au jour de son dépôt. En outre, il ressort du dossier que la fille de la recourante doutait de la réponse du collaborateur de l'intimé. En effet, bien que le

collaborateur de l'intimé lui ait affirmé, en mars 2011 déjà, qu'à défaut d'être inscrite auprès de l'OCP, sa mère ne pourrait obtenir l'ouverture d'un dossier en sa faveur, la fille de l'intéressée a plusieurs fois insisté auprès du collaborateur en question entre avril et mai 2011, pour lui demander de bien vouloir enregistrer sa demande, en arguant que le défaut d'autorisation de séjour n'était pas un obstacle à la création d'un domicile (voir notamment recours du 17 février 2012). La fille de la recourante admet donc avoir conçu de sérieux doutes quant aux indications données par le collaborateur de

A/547/2012 - 8/9 - l'intimé. Compte tenu de ces doutes et du fait qu'elle est juriste de formation, qui plus est versée en matière d'assurances sociales, la fille de la recourante, qui devait connaître l'existence et la teneur de l'art. 29 LPG, ne pouvait donc ignorer qu'il lui suffisait de déposer une demande incomplète pour que le droit aux prestations remonte à la date de son dépôt. Dans ces circonstances, on pouvait attendre de sa part qu'elle consultât la LPC et notamment son article 12. Si elle avait procédé de la sorte, elle aurait immédiatement constaté que le droit à des prestations complémentaires naissait le premier jour du mois au cours duquel la demande était déposée. Pour toutes ces raisons, la recourante ne peut invoquer le principe de la protection de la bonne foi. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a appliqué l'art. 12 LPC et a fixé le début du droit aux prestations au 1er juin 2011.

E. 7

Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/547/2012 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A 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) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. 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

Marie-Catherine SECHAUD

La présidente

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

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