

# **GE\_GERICHTE ATAS/1495/2012 vom 17. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1495\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1495_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1495/2012 du 17 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1495/2012 del 17 dicembre 2012

## **Regeste**

Résumé: Lorsque le droit aux prestations complémentaires est recalculé, il faut tenir compte de toutes les modifications intervenues durant la période déterminante, peu importe qu'elles influencent le revenu déterminant à la hausse ou à la baisse. Lorsque le nouveau calcul supprime le droit aux prestations complémentaires elles-mêmes et aboutit à une demande de restitution, le droit au subside d'assurance maladie cantonal subsiste si les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle moyenne d'assurance maladie pour le groupe familial en question (ATAS/400/2012).

## **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 dès 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 cantonales à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1A let. b LPCC).

A/1441/2012 - 5/10 -

### **E. 3**

En matière de prestations complémentaires cantonales et de subside d'assurance- maladie, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 43 LPCC et 36 LaLAMal). Interjeté dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de restitution de prestations complémentaires cantonales et subside d'assurance-maladie du SPC du 23 avril 2012, et celle du 22 octobre 2012 (mise à jour de la fortune).

## **E. 5**

a) Selon l'art. 2 al. 1 let a et b LPCC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence sur le territoire de la République et canton de Genève et qui sont au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ont droit aux prestations complémentaires cantonales. Selon l'art. 4 LPCC, ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable. Selon l'art. 5 let. c LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant les adaptations suivantes : En dérogation à l'article 11, alinéa 1, lettre c, de la loi fédérale, la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est de un huitième, respectivement de un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, et ce après déduction : 1° des franchises prévues par cette disposition, 2° du montant des indemnités en capital obtenues à titre de dommages et intérêts en réparation d'un préjudice corporel, y compris l'indemnisation éventuelle du tort moral. Selon l'art. 6 LPCC, les dépenses reconnues sont celles énumérées par la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, remplacé par le montant destiné à garantir le revenu minimum cantonal d'aide sociale défini à l'article 3. Selon l'art. 7 LPCC, la fortune comprend la fortune mobilière et immobilière définie par la loi fédérale et ses dispositions d'exécution (al. 1). La fortune est évaluée selon les règles de la loi sur l'imposition des personnes physiques, du 27 septembre 2009, à l'exception des règles concernant les diminutions de la valeur des immeubles et les déductions sociales sur la fortune, prévues aux articles 50, lettre e, et 58 de ladite loi, qui ne sont pas applicables. Les règles d'évaluation prévues par la loi fédérale et ses dispositions d'exécution sont réservées (al. 2). Selon l'art. 9 LPCC, pour la fixation de la prestation sont déterminantes : a) les rentes, pensions et autres prestations périodiques de l'année civile en cours; b) la fortune au 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est demandée (al. 1). En

A/1441/2012 - 6/10 - cas de modification importante des ressources ou de la fortune du bénéficiaire, la prestation est fixée conformément à la situation nouvelle (al. 3). b) Selon l'art. 11 al. 1 let. b, c et d LPC, font partie des revenus déterminants notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière un dixième de la fortune nette pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 60'000 fr. pour les couples ainsi que les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI. Selon l'art. 10 al. 3 let. d LPC est reconnu comme dépense le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins. c) Selon l'art. 19 al. 1 LaLAMal, conformément aux articles 65 et suivants LAMal, l'Etat de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie. Selon l'art. 20 al. 1 LaLAMal, sous réserve des exceptions prévues par l'article 27, les subsides sont notamment destinés : aux assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le service des prestations complémentaires. Les bénéficiaires de prestations cantonales ont droit au subside d'assurance maladie si, malgré l'absence de droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle moyenne d'assurance maladie pour le groupe familial en question, dès lors que le montant de la prime d'assurance n'est pas pris en compte dans le plan de calcul. (ATAS/400/2012).

## **E. 6**

a) Selon l'art. 24 al. 1 LPCC, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. En cas de silence de la LPCC, les prestations complémentaires cantonales sont régies par la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales (let. a) et la LPGA et ses dispositions d'exécution (let. b) conformément à l'art. 1A LPCC. b) Selon l'art. 33 al. 1 et 2 LaLAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'article 25 LPGA (al. 1). Lorsque des subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du service, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie (al. 2). Selon l'art. 36A al. 1 et 2 LaLAMal, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi découvrent subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvent des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (al. 1). Les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi

A/1441/2012 - 7/10 - peuvent revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). c) L'art. 25 LPGA prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1er). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2). Comme par le passé, soit avant l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003, l'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la jurisprudence rendue à propos de l'art. 47 al. 1 aLAVS ou de l'art. 95 aLACI (p. ex., ATF 129 V 110 consid. 1.1, 126 V 23 consid. 4b, 122 V 21 consid. 3a), que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATFA non publié du 14 novembre 2006, P 32/06, consid. 3 ; ATF 130 V 320 consid. 5.2 et les références). A cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps sont indépendantes de la bonne foi du bénéficiaire des prestations, car il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau (ATF 122 V 139 consid. 2e, voir également (ATF non publié P 61/2004 du 23 mars 2006). Lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGA, art. 31 LPC et 11 LPCC et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indu de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (ex tunc), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la

restitution - une obligation de restituer (ATF 119 V 431 consid. 2, SVR 1995 IV n° 58 p. 165). d) Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser que, lorsqu'un nouveau calcul des prestations complémentaires est effectué, il y a lieu de partir des

A/1441/2012 - 8/10 - faits tels qu'ils existaient réellement durant la période de restitution déterminante. Dans ce sens, on tiendra compte de toutes les modifications intervenues, peu importe qu'elles influent le revenu déterminant à la hausse ou à la baisse. Il serait en effet choquant, lors du nouveau calcul de la prestation complémentaire destiné à établir le montant de la restitution, de ne tenir compte que des facteurs défavorables au bénéficiaire de la prestation complémentaire (ATF 122 V 19, VSI 1996 p. 214; arrêt du Tribunal fédéral non publié du 20 février 2012, 9C\_20/2011).

## **E. 7**

En l'espèce, le SPC a révisé le 30 janvier 2012 sa décision du 11 août 2011 d'octroi au recourant dès le 1er septembre 2011 d'une prestation mensuelle complémentaire cantonale de 211 fr.; dès lors que les rentes AVS cumulées de l'assuré et de son épouse étaient de 26'724 fr. et non pas de 13'752 fr. comme retenu dans la décision du 11 août 2011, on se trouve effectivement en présence d'un fait nouveau susceptible de modifier la décision antérieure entrée en force (art. 43 al. 1 LPCC et 36 LaLAMal). Ces montants ne sont en outre pas contestés par le recourant, sous réserve de la qualification de la rente de son épouse ce qui, comme le relève à juste titre l'intimé, n'a pas d'incidence sur le calcul de la prestation, ladite rente étant en toute hypothèse assimilée à un revenu. Le SPC a également mis à jour dans sa dernière décision du 22 octobre 2012 la fortune du recourant de telle sorte qu'elle est de 93'249 fr. 90, avec intérêts de 707 fr. 90 du 1er septembre au 31 décembre 2011 et de 72'706 fr. 85 avec intérêts de 585 fr. 50 dès le 1er janvier 2012. Ces montants correspondent à l'état de la fortune au 31 décembre 2010 pour la période du 1er septembre au 31 décembre 2011 et celle au 31 décembre 2011 pour la période dès le 1er janvier 2012. Les calculs du SPC démontrent qu'aucune prestation complémentaire cantonale ou fédérale n'est due au recourant depuis le 1er septembre 2011 de sorte que la décision de restitution de 1'055 fr., soit 211 fr. de prestations complémentaires cantonales allouées du 1er septembre 2011 au 31 janvier 2012 est justifiée et doit être confirmée. Cela serait en toute hypothèse le cas, même si l'on devait prendre en compte la fortune réelle du recourant au 1er septembre 2011 et non pas celle au 31 décembre 2010 dès lors que celui-ci n'a toujours pas droit aux prestations complémentaires au 1er janvier 2012, et cela même suite à la mise à jour de sa fortune au 31 décembre 2011, laquelle est de 72'706 fr. 85 et non plus de 93'249 fr. 90. Le recourant n'a d'ailleurs plus de grief à faire valoir à l'encontre de la demande de restitution des prestations cantonales durant la période litigieuse. En conséquence, la restitution de 1'055 fr. ne peut qu'être confirmée. En revanche, le recourant conteste devoir restituer le subside d'assurance-maladie alloué du 1er septembre au 31 décembre 2011. A cet égard, il est à constater que le revenu déterminant du recourant de 55'101 fr. dès le 1er janvier 2012 ne lui permettait pas d'assurer, en plus des dépenses reconnues de 53'013 fr., le montant annuel de sa prime d'assurance-maladie 2012 de

A/1441/2012 - 9/10 - 5'556 fr. dès lors que le solde disponible était de 2'088 fr. En conséquence, le subside d'assurance-maladie lui est effectivement dû dès le 1er janvier 2012 (ATAS/400/2012). S'agissant de la période du 1er septembre au 31 décembre 2011, le solde disponible, compte tenu de la mise à jour de la fortune et des revenus du recourant et de son épouse - selon les décisions du SPC du 22 octobre 2012 - est de 6'357 fr., soit supérieur au montant de la prime d'assurance-maladie annuelle 2011 du recourant de 5'400 fr.

Cependant, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée (ATF 122 V 19, 9C 20/2011), il convient de tenir compte au 1er septembre 2011 non seulement de l'augmentation des revenus (rentes) du recourant et de son épouse mais également de la diminution de la fortune de ceux-ci. Or, à cet égard, si la fortune n'est pas supérieure à 88'460 fr. au 1er septembre 2011, le recourant aurait déjà droit au subsidie d'assurance-maladie. Il appartiendra au SPC d'instruire cette question, étant remarqué que cette éventualité est probable compte tenu du fait que la fortune du recourant et de son épouse a diminué de 93'249 fr. 90 au 31 décembre 2010 à 72'706 fr. 85 au 31 décembre 2011. Enfin, il incombera au SPC de vérifier si le solde de 1'944 fr. réclamé au titre du subsidie versé du 1er septembre au 31 décembre 2011 est correct dès lors que le recourant était au bénéfice d'un subsidie de 450 fr. dès le 1er septembre 2011 (décision du 11 août 2011) et non pas de 486 fr. (1'944 fr. : 4).

#### **E. 8**

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

Nancy BISIN

La présidente

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

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