

GE_GERICHTE ATAS/276/2017 vom 10. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_276_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/276/2017 du 10 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/276/2017 del 10 aprile 2017

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 - 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Sa compétence 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 (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.

A/2306/2016 - 6/27 - La LPGA est également applicable en matière de prestations complémentaires cantonales (art. 1A let. b LPCC).

E. 3

En matière de prestations complémentaires fédérales et de subsides de l'assurance-maladie, 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] et art. 36 de loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit. Interjeté dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Dans la mesure où la recourante conclut également à la remise de son obligation de restituer, il y a lieu de déterminer, dans un premier temps, l'objet du litige. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par

voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui 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 413 consid. 1b). b. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, 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. L'art. 4 OPGA précise que la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile (al. 1). Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (al. 2). Les autorités auxquelles les prestations ont été versées en vertu de l'art. 20 LPGA ou des dispositions des lois spéciales ne peuvent invoquer le fait qu'elles seraient mises dans une situation difficile (al. 3). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (al. 4). La remise fait l'objet d'une décision (al. 5).

A/2306/2016 - 7/27 - Dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte. Intrinsèquement, une remise de l'obligation de restituer n'a de sens que pour la personne tenue à restitution (arrêt du Tribunal fédéral 9C_211/2009 du 26 février 2010 consid. 3.1). c. En l'espèce, les décisions du 30 novembre 2015, notifiées le 7 décembre 2015, comprennent des nouveaux calculs pour la période du 1er janvier 2011 au 28 février 2015 et calculent le droit de la recourante pour la période dès le 1er mars 2015. Quant à la demande de restitution du 7 décembre 2015, elle porte sur la restitution des subsides de l'assurance-maladie versés pour les mois de janvier 2014 à novembre 2015. Vu le recours pendant devant la chambre de céans, cette décision de restitution n'est pas entrée en force. Ainsi, tant que la décision précitée n'est pas définitive, aucune autorité ni juridiction ne peut se prononcer sur la question de la remise. Au vu de ce qui précède, le litige porte uniquement sur la suppression du droit aux prestations complémentaires et sur le bien-fondé de la demande en restitution de subsides d'assurance-maladie à hauteur de CHF 22'475.-, singulièrement sur le calcul des prestations complémentaires, à l'exclusion de la remise de l'obligation de restituer.

E. 5

a. Sur le plan fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui perçoivent une rente d'invalidité, conformément à l'art. 4 al. 1 let. c LPC. Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). L'art. 9 al. 1 LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Selon l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent notamment : deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour

autant qu'elles excèdent annuellement CHF 1'500.- pour les couples (let. a) ; le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b) ; un quinzième de la fortune nette dans la mesure où elle dépasse CHF 60'000.- pour les couples (let. c) ; les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d) et les allocations familiales (let. f). Quant aux dépenses, elles comprennent notamment, selon l'art. 10 al. 1 LPC, les montants destinés à la couverture des besoins vitaux (en 2014 : CHF 28'815.- pour les couples et CHF 10'035.- pour les enfants ; en 2015 : CHF 28'935.- pour les couples et CHF 10'080.- pour les enfants) (let. a) et le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs pour un montant maximal de CHF 15'000.- pour les

A/2306/2016 - 8/27 - couples (let. b). Les dépenses comprennent, en outre, selon l'art. 10 al. 3 LPC, les frais d'obtention du revenu jusqu'à concurrence du revenu brut de l'activité lucrative (let. a), les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exception des primes d'assurance-maladie (let. c) et le montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins correspondant au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise) (à Genève en 2014 : CHF 5'796.- pour les adultes et CHF 1'284.- pour les enfants ; en 2015 : CHF 6'000.- pour les adultes et CHF 1'332.- pour les enfants)(Art. 10 al. 3 let. d LPC). A noter que selon l'art. 9 al. 2 LPC, les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints sont additionnés. Par ailleurs, il est également procédé à un calcul global de la prestation complémentaires lorsqu'un enfant donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS/AI vit avec ses parents (art. 7 al. 1 let. a OPC/AVS- AI). b. Sur le plan cantonal, ont droit aux prestations complémentaires les personnes qui remplissent les conditions de l'art. 2 LPCC et dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC). Le montant de la prestation complémentaire correspondant à la différence entre les dépenses reconnues et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC). Le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti s'élève à CHF 42'166.- en 2014 et CHF 42'341.- en 2015 s'il s'agit d'un invalide dont le taux d'invalidité est de 70% ou plus et dont le conjoint est une personne valide et à CHF 12'778.- en 2014 et CHF 12'831.- en 2015 pour le premier enfant à charge (art. 3 al. 1 let. g et i 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) Aux termes de l'art. 5 al. 1 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant certaines adaptations, notamment : les prestations complémentaires fédérales sont ajoutées au revenu déterminant (let. a) et 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 et ce après déduction des franchises prévues par cette disposition (let. c). Quant aux dépenses reconnues, elles sont 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 (art. 6 LPCC).

E. 5.2

et arrêts du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2). En revanche, une décision de rente est considérée manifestement erronée lorsqu'elle découle d'une instruction lacunaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 790/01 du 13 août 2003). Il en va de même lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées ou lorsque des dispositions importantes n'ont

pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Par ailleurs, même si une décision administrative est manifestement erronée, sa rectification doit revêtir une importance notable (ATF 126 V 46 consid. 2b,

A/2306/2016 - 24/27 - ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités). L'importance notable de la rectification a ainsi été niée lorsque le montant en jeu ne dépasse pas quelques centaines de francs, tels que CHF 265.20, CHF 568.10 ou encore CHF 954.25. Par contre, la condition de l'importance notable a été retenue même lorsque la correction porte sur des montants insignifiants lorsqu'il s'agit de décisions octroyant des prestations périodiques (voir ATF 119 V 475 consid. 1c) in fine ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 34 ad Art. 53). b. Lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGA, 31 LPC et 11 LPCC et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indue 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). Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assuré ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière de prestations complémentaires, il y a modification importante des circonstances en cas de modification annuelle de plus de CHF 120.- (KIESER, op.cit, n° 7 ad Art. 31).

c. Aux termes de l'art. 25 al. 2 1ère phrase LPGA, 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. Sur ce point, la réglementation prévue par la LPGA reprend, matériellement, le contenu des anciens art. 95 al. 4 1ère phrase LACI et 47 al. 2 1ère phrase LAVS notamment, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Selon la jurisprudence relative à ces dispositions, qu'il convient également d'appliquer à l'art. 25 al. 2 précité, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Ainsi, « avoir connaissance » se rapporte au moment où l'on aurait dû, en faisant preuve de l'attention exigible et compte tenu des circonstances, constater le fait ouvrant droit à la réparation (RCC 1983 p. 108). Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 80/05 du 3 février 2006). Selon la jurisprudence, le délai de péremption annuel de l'art. 47 al. 2 LAVS ne commence à courir que lorsque l'administration est informée de toutes les circonstances qui sont déterminantes dans le cas concret et dont la connaissance permet de conclure à l'existence, dans son principe et son étendue, d'un droit d'exiger la restitution de prestations à l'égard d'une personne déterminée. Pour que la caisse de compensation puisse s'estimer en

A/2306/2016 - 25/27 - droit d'exiger la restitution de prestations, il ne suffit donc pas qu'elle ait seulement connaissance de faits qui pourraient éventuellement créer un tel droit, ou que ce droit soit établi quant à son principe mais non quant à son étendue; il en va de même si la personne tenue à restitution n'est pas précisément connue (ATF 112 V 181 consid. 4a, ATF

111 V 17 consid. 3; RCC 1989 p. 596 consid. 4b). En outre, il faut considérer la créance en restitution comme une créance unique et globale. Avant de rendre la décision en restitution, il faut que la somme totale des rentes versées indûment puisse être déterminée (ATF 111 V 19 consid. 5).

E. 6

a. Ainsi que cela ressort du considérant précédent, les ressources comprennent notamment le revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative (art. 11 al. 1 let. a LPC).

A/2306/2016 - 9/27 - Selon l'art. 11a de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301), le revenu annuel provenant de l'exercice d'une activité lucrative est calculé en déduisant du revenu brut les frais d'obtention du revenu dûment établis ainsi que les cotisations dues aux assurances sociales obligatoires et prélevées sur le revenu. b/aa. Les revenus déterminants comprennent en outre les rentes, pensions et autres prestations périodiques y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d). Par rentes et pensions, il faut entendre les prestations périodiques au sens large du terme (Message du Conseil fédéral relatif à un projet de loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 21 septembre 1964, FF 1964 II 732). Selon la jurisprudence et la doctrine, « les rentes provenant de l'étranger sont entièrement prises en compte comme revenus, ceci également lorsqu'elles sont versées à l'étranger sous réserve qu'elles puissent servir à l'entretien de l'ayant droit, c'est-à-dire qu'elles soient exportables et qu'il existe une possibilité de transfert effectif en Suisse. L'assuré doit faire les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de lui afin qu'un tel transfert ait lieu, à défaut de quoi il faut admettre un dessaisissement de fortune au sens de l'art. 11 al. 1 let.g LPC » (VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n° 74 ad art. 11, p.156; arrêt P 38/06 du 11 octobre 2007 consid. 3.1 et 3.3.2.2). L'auteur, se référant à la jurisprudence susmentionnée (consid. 3.2), souligne que les rentes allouées aux ressortissants de l'UE/AELE qui tombent sous le coup de l'ALCP sont en principe exportables. Depuis le 1er janvier 2013, les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) prévoient que pour les rentes et pensions versées en devises d'États parties à l'accord sur la libre circulation des personnes CH-UE, le cours de conversion applicable est celui du jour publié par la Banque centrale européenne. Est déterminant le dernier cours du jour disponible du mois qui précède immédiatement le début du droit à la prestation (ch. 3452.01 DPC valables dès le 1er janvier 2013). b/bb. Selon le ch. 3456.01 DPC, doivent également être prises en compte intégralement toutes les indemnités journalières – versées directement au bénéficiaire de PC – allouées par l'assurance-maladie, accidents, invalidité et chômage obligatoires, voire par une assurance indemnité journalière selon la LCA.

E. 7

a. Comme indiqué précédemment, à teneur de l'art. 10 al. 3 let. d LPC la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie pour le canton en question doit être prise en considération à titre de dépense. Selon la doctrine, la part des prestations complémentaires qui couvre cette dépense ne peut être qualifiée de prestation complémentaire ordinaire dès lors qu'elle correspond, en réalité, à une réduction de primes individuelle. Cette qualité ressort également de l'art. 26 OPC-AVS/AI qui précise que les bénéficiaires de prestations

A/2306/2016 - 10/27 - complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit, ainsi que de l'art. 54a al. 1 OPC-AVS/AI (CARIGIET / KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2009, p. 88 ; JÖHL, *Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 2ème éd., 2007, n° 152 et ss, p. 1737 ss). Dans un tel cas, la coordination voudrait que le SPC ne verse pas de prestation complémentaire mais uniquement une réduction de prime ou, en d'autres termes, un subside. Cette manière de procéder a été confirmée par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt non publié du 29 octobre 2001, dans lequel il a jugé que dans la mesure où le recourant ne devait pas s'acquitter personnellement de ses cotisations à l'assurance-maladie, dès lors qu'il bénéficiait de subsides mensuels versés directement à son assureur pour être intégralement déduit de ses primes, il ne saurait revendiquer le paiement, en sa faveur, d'une somme équivalente à ses cotisations, par le biais des prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié P 22/01 du 29 octobre 2001, consid. 2). b. A Genève, en pratique, la dépense relative aux primes d'assurance-maladie est prise en charge par le service de l'assurance-maladie (SAM), sous la forme d'un subside pour le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Ce système reste conforme à l'art. 10 al. 3 let. d LPC (voir JÖHL, *op.cit.*, n° 152 p. 1737 ss). Jusqu'au 30 juin 2015, l'art. 22 al. 6 LaLAMal prévoyait ainsi que les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur. Depuis le 1er juillet 2015, cette même disposition prévoit que les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur. Les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources. Concrètement, à Genève, le SPC procède au calcul des dépenses du bénéficiaire sans prendre en considération les primes d'assurance-maladie, puis il admet le droit au subside en fonction du montant de l'excédent de ressources, afin que le SAM dispose de la possibilité de payer directement la somme due à l'assurance (ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012, consid. 9a). Selon cette pratique, les assurés ont droit à la couverture de leur prime d'assurance-maladie, à concurrence du maximum de la prime moyenne si, malgré l'absence du droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant

A/2306/2016 - 11/27 - de la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie, dès lors que cette prime n'est pas prise en compte au titre de dépenses par l'intimé (ATAS/262/2011 du 17 mars 2011 consid. 5f). Ils ont également droit au remboursement des frais de maladie. c. Comme l'a déjà relevé la chambre de céans (voir ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012, consid. 9a), cette manière de procéder est contestable, dans la mesure où les dispositions légales applicables prévoient expressément la prise en considération, à titre de dépenses, de la prime d'assurance-maladie moyenne payée dans le canton en question. Le calcul du droit aux prestations devrait en réalité être effectué en deux étapes : – en premier lieu, l'intimé devrait déterminer le droit aux prestations complémentaires du requérant en prenant en considération la prime annuelle moyenne du canton en question ; – si, en raison de la prise

en considération desdites primes, le requérant a droit à des prestations complémentaires, le montant des prestations précitées relatif aux primes constitue en réalité une réduction de primes individuelle, qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires.

E. 8

a. Pour le calcul de la prestation complémentaire fédérale annuelle, sont pris en compte en règle générale les revenus déterminants obtenus au cours de l'année civile précédente et l'état de la fortune le 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 1). Pour les assurés dont la fortune et les revenus déterminants à prendre en compte au sens de la LPC peuvent être établis à l'aide d'une taxation fiscale, les organes cantonaux d'exécution sont autorisés à retenir, comme période de calcul, celle sur laquelle se fonde la dernière taxation fiscale, si aucune modification de la situation économique de l'assuré n'est intervenue entre-temps (al. 2). La prestation complémentaire annuelle doit toujours être calculée compte tenu des rentes, pensions et autres prestations périodiques en cours (al. 3 de l'art. 23 OPC-AVS/AI). Si la personne qui sollicite l'octroi d'une prestation complémentaire annuelle peut rendre vraisemblable que, durant la période pour laquelle elle demande la prestation, ses revenus déterminants seront notablement inférieurs à ceux qu'elle avait obtenus au cours de la période servant de base de calcul conformément à l'al. 1 ou au 2, ce sont les revenus déterminants probables, convertis en revenu annuel, et la fortune existant à la date à laquelle le droit à la prestation complémentaire annuelle prend naissance, qui sont déterminants (al. 4). Pour la fixation des prestations complémentaires cantonales, sont déterminantes, les rentes, pensions et autres prestations périodiques de l'année civile en cours (let. a), la fortune au 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est demandée (let. b de l'art. 9 al. 1 LPCC). En cas de modification importante des ressources ou de la fortune du bénéficiaire, la prestation est fixée conformément à la situation nouvelle (art. 9 al. 3 LPCC).

A/2306/2016 - 12/27 - Cela étant, selon l'art. 25 al. 1 OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée : lors d'un contrôle périodique, si l'on constate un changement des dépenses reconnues, des revenus déterminants et de la fortune; on pourra renoncer à rectifier la prestation complémentaire annuelle, lorsque la modification est inférieure à 120 francs par an (let. d). b. Selon l'art. 25 al. 2 OPC-AVS/AI, la nouvelle décision doit porter effet dès la date suivante : dans les cas prévus par l'al. 1 let. d, dès le début du mois au cours duquel le changement a été annoncé, mais au plus tôt à partir du mois dans lequel celui-ci est survenu et au plus tard dès le début du mois qui suit celui au cours duquel la nouvelle décision a été rendue. La créance en restitution est réservée lorsque l'obligation de renseigner a été violée (let. d). Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser que lorsqu'un nouveau calcul des prestations complémentaires est effectué dans le cadre de la révision impliquant une demande de restitution, il y a lieu de partir des 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 influencent le revenu déterminant à la hausse ou à la baisse. Ainsi, le montant de la restitution est fixé sans égard à la manière dont le bénéficiaire des prestations complémentaires assume son obligation d'annoncer les changements et indépendamment du fait que l'administration ait pris connaissance ou non des nouveaux éléments déterminants au gré du seul hasard. Il serait 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 consid. 5c, VSI 1996 p. 212).

E. 9

a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). b. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/2306/2016 - 13/27 -

E. 10

a. A titre liminaire, la chambre de céans relève que l'intimé a calculé le droit aux prestations complémentaires de la recourante en ne prenant pas en considération les primes d'assurance-maladie. Dans la mesure où l'excédent de ressources (dans le cadre du calcul des prestations cantonales) ne permettait pas de couvrir la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie, un droit au subside a été reconnu. Toutefois, la chambre de céans ne saurait procéder de la même manière que l'intimé dès lors que la loi prévoit expressément qu'il y a lieu de prendre en considération les primes d'assurance-maladie à titre de dépenses lors du calcul des prestations complémentaires fédérales (PCF) et, depuis le 1er janvier 2008, des prestations complémentaires cantonales (PCC). b. Il ressort des plans de calcul du 30 novembre 2015 que le SPC a calculé le droit aux prestations de la recourante en prenant en considération, pour une même période, non seulement le revenu réalisé par son époux mais également les indemnités journalières perçues par celui-ci, alors qu'il était soit capable de travailler soit incapable de travailler à 100%. Cette manière de procéder est erronée dès lors que lorsque l'époux de la recourante était capable de travailler à 100%, il ne percevait pas d'indemnités journalières et vice-versa. Ainsi, lorsque les deux revenus ne sont pas versés pour la même période, ils ne peuvent pas être pris en considération en même temps dans les calculs. Le 13 décembre 2016, le SPC a procédé à de nouveaux calculs, en retenant non seulement un revenu de l'activité lucrative mais également des indemnités journalières pour les mois de janvier à août 2014, pendant lesquels l'époux de la recourante n'était pas encore incapable de travailler. Par la suite, pendant toute la durée de l'incapacité de travail de l'époux de la recourante, le SPC a calculé le droit aux prestations mois par mois, en annualisant les indemnités journalières en fonction du nombre de jours dans le mois en

question. Ainsi, pour les mois comptabilisant 30 jours, l'année compte 360 jours, pour ceux à 31 jours, l'année comptabilise 372 jours. Quant au mois de février, les indemnités journalières ont été annualisées en fonction d'une année de 336 jours. Cette manière de procéder est erronée. En effet, il appartenait au SPC d'effectuer les calculs en retenant les périodes suivantes : – du 1er janvier au 31 juillet 2014, période pendant laquelle l'époux de la recourante travaillait encore à 100% et pour laquelle seul le revenu de l'activité lucrative doit être pris en considération ; – du 1er août au 31 décembre 2014, période pendant laquelle l'époux de la recourante était totalement incapable de travailler, raison pour laquelle il percevait des indemnités journalières, l'annualisation devant être effectuée sur la base de 365 jours ; – du 1er janvier au 31 mars 2015, période pendant laquelle l'époux de la recourante percevait des indemnités journalières pour une incapacité de travail à 100% et pour laquelle le forfait des besoins vitaux a légèrement augmenté,

A/2306/2016 - 14/27 - raison pour laquelle il fallait procéder à un nouveau calcul, l'annualisation devant également être effectuée sur la base de 365 jours ; – du 1er avril au 31 juin 2015, période pendant laquelle l'époux de la recourante a repris une activité à 50%, étant précisé qu'il a également travaillé un jour au mois de mars et 5,5 jours au mois de juillet 2015 ; toutefois pour des questions de simplifications, l'annualisation tiendra uniquement compte des chiffres des mois d'avril à juin inclus ; dans ce cas, il y a lieu de prendre en considération le revenu de l'activité lucrative à 50% annualisé et des indemnités journalières à 50% annualisées également ; – du 1er juin au 30 novembre 2015, période pendant laquelle l'époux de la recourante était à nouveau totalement incapable de travailler, et pour laquelle il convient de prendre en considération uniquement des indemnités journalières, annualisées sur la base d'une année de 365 jours. c/aa. Dans ses plans de calcul du 13 décembre 2016, le SPC prend en considération un gain de l'activité lucrative de CHF 51'447.65 pour la période du 1er janvier au 31 août 2014. Ce montant ne correspond toutefois à aucune des pièces produites, de sorte qu'il ne peut être retenu en l'absence d'explications quant à son bien-fondé. Il ressort en revanche des pièces produites que du 1er janvier au 11 août 2014, l'époux de la recourante travaillait pour le compte C_____ Sàrl. En incapacité totale de travailler à compter du 11 août 2014, l'époux de la recourante a perçu des indemnités journalières de l'assureur perte de gain dès le 14 août 2014, après un délai d'attente de deux jours à sa charge (voir décompte du 24 novembre 2014 et art. 35 ch. 1 § 2 de la convention collective de travail du second œuvre romand 2011 - CCT-SOR). Selon le certificat de salaire relatif à l'année 2014, l'époux de la recourante a réalisé un salaire de CHF 54'528.55. Ce montant prend en considération le 13e salaire et correspond selon toute vraisemblance au salaire versé pour la période du 1er janvier au 11 août 2014, le recourant étant payé en fonction du nombre de jours travaillés. Annualisé, le salaire réalisé s'élève ainsi à CHF 89'251.- (CHF 54'528.55 / 223 jours x 365 jours, étant précisé que les 223 jours correspondent au nombre de jours par mois travaillés par l'époux de la recourante entre les mois de janvier et juillet et du 1er au 11 août 2014 [31 jours + 28 jours + 31 jours + 30 jours + 31 jours + 30 jours + 31 jours + 11 jours]). Les mêmes principes s'appliquent aux cotisations sociales (cotisations LPP incluses), d'un montant total de CHF 10'350.- en 2014 (CHF 5'969.- + CHF 4'381.- selon les avis de taxation). Annualisées, lesdites cotisations s'élevaient à CHF 16'941.- en 2014 (CHF 10'350.- / 223 jours x 365 jours). En revanche, en l'absence de précisions supplémentaires, il y a lieu de retenir, pour les frais d'acquisition du revenu, le montant forfaitaire de CHF 1'713.- résultant de l'avis de taxation pour l'année 2014. Dès lors que ces frais d'acquisition du revenu

A/2306/2016 - 15/27 - concernent uniquement la période pendant laquelle l'époux de la recourante a travaillé, ils doivent être annualisés, de sorte qu'ils se seraient élevés à CHF 2'804.- (CHF 1'713.- / 223 jours x 365 jours) si l'époux de la recourante avait pu travailler toute l'année. En résumé, au vu de ce qui précède, le gain net annualisé de l'activité lucrative exercée à 100% se serait élevé à CHF 66'702.- en 2014 (CHF 89'251.00 – CHF 16'941.00 – CHF 2'804.00). Conformément à l'art. 11 al. 1 let. a LPC, les deux tiers de ce revenu excédant le montant de CHF 1'500.- doivent être pris en considération à titre de ressources. Ainsi, pour la période du 1er janvier au 31 juillet 2014, c'est un revenu annualisé de CHF 43'468.- ($2/3 \times [CHF 66'702.00 - CHF 1'500.00]$) que le SPC aurait dû retenir. c/bb. Entre avril et juin 2015, l'époux de la recourante a travaillé à 50%. Selon les fiches de salaire au dossier, il était indemnisé par jour effectif de travail effectué et travaillait en moyenne 11 jours par mois, pour un salaire mensuel moyen de CHF 3'919.- (CHF 11'757.- / 3), ce qui correspond à un salaire annuel de CHF 47'028.- (CHF 3'919.- x 12). Ne disposant ni de l'avis de taxation ni d'éléments plus précis, il n'y a pas lieu de prendre en considération des frais d'acquisition du revenu. En revanche, il y a lieu de déduire les cotisations sociales, lesquelles peuvent être déterminées au vu des fiches de salaires produites. Entre avril et juin 2015, l'époux de la recourante a ainsi cotisé pour un montant total de CHF 2'058.90, soit CHF 686.30 par mois, ce qui correspond à CHF 8'235.60 par année (CHF 686.30 x 12). Pour la période du 1er avril au 30 juin 2015, le revenu net de l'activité lucrative à 50% de l'époux de la recourante peut être évalué à CHF 38'792.40. Conformément à l'art. 11 al. 1 let. a LPC, c'est un montant de CHF 24'816.60 qu'il convient de prendre en considération ($2/3 \times [CHF 38'792.40 - CHF 1'500.00]$). d. Comme indiqué précédemment, l'assureur perte de gain verse des indemnités journalières à l'époux de la recourante depuis le 14 août 2014 (après un délai d'attente de deux jours). Selon les décomptes transmis par la recourante, le montant journalier est de CHF 216.54 et il est versé pour chaque jour du mois, y compris les samedis et dimanches. Annualisé, le montant total des indemnités journalières se serait élevé à CHF 79'037.10, soit CHF 216.54 x 365 jours. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'un revenu provenant d'une activité lucrative, le montant de CHF 79'037.10 doit être intégralement pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires.

A/2306/2016 - 16/27 - Pour une incapacité de travail de 50%, l'indemnité journalière s'élevait à CHF 108.27 (CHF 216.54/2), soit à CHF 39'518.55 par année (CHF 108.27 x 365). e. Quant à la rente portugaise, elle était de EUR 75.62 par mois, soit EUR 907.44 par année. Conformément au ch. 3452.01 des DPC, le cours de conversion applicable correspond à celui publié par la Banque centrale européenne le dernier jour du mois précédant immédiatement le début du droit à la prestation.

En l'espèce, dès lors que le SPC a adapté le taux de change, il y a lieu de retenir celui du 31 décembre 2013, soit EUR 1.- = CHF 1.2276 (voir http://sdw.ecb.europa.eu/quickview.do?SERIES_KEY=120.EXR.D.CHF.EUR.SP0.0.A).

En appliquant le taux de conversion précité, la rente annuelle de EUR 907.44 correspond à CHF 1'114.-. f. Dans la mesure où les autres montants pris en considération ne sont pas contestés, ni contestables, il y a lieu de les reprendre tels quels.

E. 11

Au vu des éléments qui précèdent, le SPC aurait dû procéder aux calculs de la manière suivante : Période du 1er janvier au 31 juillet 2014 (activité à 100% de l'époux de la

recourante)

Montant présenté PCF PCC Dépenses reconnues

Besoins/forfait

38'850.00 54'944.00 Loyer

15'000.00 15'000.00 - Loyer net 15'600.00

- Charges locatives 300.00

Primes assurance-maladie

12'876.00 12'876.00 Total des dépenses reconnues

66'726.00 82'820.00

Revenu déterminant

Prestations de l'AVS/AI

21'132.00 21'132.00 Gain net de l'activité lucrative

43'468.001 43'468.001 - gain de l'activité lucrative 89'251.00

- cotisations sociales - 16'941.00

- frais d'acquisition du revenu - 2'804.00

Fortune

0.002 0.003 - épargne 3'910.25

- capital LPP 21'464.55

- rachat assurance-vie 16'652.00

Produits de la fortune

432.20 432.20 - intérêts de l'épargne 2.90

- intérêts du capital LPP 429.30

Rente, indemnités et pension

1'114.00 1'114.00 - rente étrangère 1'114.00

- indemnités d'une assurance 0.00

Allocations familiales

4'800.00 4'800.00 Total du revenu déterminant

73'543.00 73'543.00 1 ([CHF 89'251.00 – CHF 16'941.00 – CHF 2'804.00] – CHF 1'500.-)
x 2/3

A/2306/2016 - 17/27 - 2 ([CHF 3'910.25 + CHF 21'464.55 + CHF 16'552.00] – CHF 75'000.00) x 1/15 e 3 ([CHF 3'910.25 + CHF 21'464.55 + CHF 16'552.00] – CHF 75'000.00) x 1/8 e Force est de constater que pour la période du 1er janvier au 31 juillet 2014, les revenus réalisés par la recourante et son époux ne suffisaient pas à couvrir les dépenses calculées conformément à la LPCC. Dans ces conditions, le SPC ne pouvait pas réclamer la restitution des subsides versés pour cette période. Période du 1er août au 31 décembre 2014 (versement d'indemnités journalières en raison de l'incapacité totale de

travailler de l'époux de la recourante)

Montant présenté PCF PCC Dépenses reconnues

Besoins/forfait

38'850.00 54'944.00 Loyer

15'000.00 15'000.00 - Loyer net 15'600.00

- Charges locatives 300.00

Primes assurance-maladie

12'876.00 12'876.00 Total des dépenses reconnues

66'726.00 82'820.00

Revenu déterminant

Prestations de l'AVS/AI

21'132.00 21'132.00 Gain net de l'activité lucrative

0.00 0.00 - gain de l'activité lucrative 0.00

- cotisations sociales

- frais d'acquisition du revenu

Fortune

0.001 0.002 - épargne 3'910.25

- capital LPP 21'464.55

- rachat assurance-vie 16'652.00

Produits de la fortune

432.20 432.20 - intérêts de l'épargne 2.90

- intérêts du capital LPP 429.30

Rente, indemnités et pension

80'151.103 80'151.103 - rente étrangère 1'114.00

- indemnités d'une assurance 79'037.10

Allocations familiales

4'800.00 4'800.00 Total du revenu déterminant

106'515.30 106'515.30 1 ([CHF 3'910.25 + CHF 21'464.55 + CHF 16'552.00] – CHF 75'000.00) x 1/15 e 2 ([CHF 3'910.25 + CHF 21'464.55 + CHF 16'552.00] – CHF 75'000.00) x 1/8 e 3 CHF 79'037.10 + CHF 1'114.00 Pour la période du 1er août au 31 décembre 2014, les revenus réalisés par la recourante et son époux permettaient de couvrir intégralement leurs dépenses, y compris celles relatives à l'assurance-maladie. Partant, c'est à tort que le SAM a versé des subsides à la recourante, pour le compte du SPC. Période du 1er janvier au 31 mars 2015 (actualisation du forfait pour les besoins de base et de la rente d'invalidité - versement d'indemnités journalières en raison de l'incapacité totale de travailler de l'époux de la recourante)

Montant présenté PCF PCC Dépenses reconnues

Besoins/forfait

39'015.00 55'172.00 Loyer

15'000.00 15'000.00

A/2306/2016 - 18/27 - - Loyer net 15'600.00

- Charges locatives 300.00

Primes assurance-maladie

13'332.00 13'332.00 Total des dépenses reconnues

67'347.00 83'504.00

Revenu déterminant

Prestations de l'AVS/AI

21'240.00 21'240.00 Gain net de l'activité lucrative

- gain de l'activité lucrative 0.00

- cotisations sociales

- frais d'acquisition du revenu

Fortune

0.001 0.002 - épargne 7'859.25

- capital LPP 21'464.55

- rachat assurance-vie 18'211.00

Produits de la fortune

429.85 429.85 - intérêts de l'épargne 0.55

- intérêts du capital LPP 429.30

Rente, indemnités et pension

80'151.103 80'151.103 - rente étrangère 1'114.00

- indemnités d'une assurance 79'037.10

Allocations familiales

4'800.00 4'800.00 Total du revenu déterminant

106'620.95 106'620.95 1 ([CHF 3'910.25 + CHF 21'464.55 + CHF 18'211.00] – CHF 75'000.00) x 1/15 e 2 ([CHF 3'910.25 + CHF 21'464.55 + CHF 18'211.00] – CHF 75'000.00) x 1/8 e 3 CHF 79'037.10 + CHF 1'114.00 Il ressort du tableau qui précède que pendant la période du 1er janvier au 31 mars 2015, les revenus réalisés par la recourante et son époux permettaient de couvrir intégralement leurs dépenses, y compris celles relatives à l'assurance- maladie. Partant, c'est à tort que le SAM a versé des subsides à la recourante, pour le compte du SPC. Période du 1er avril au 30 juin 2015 (capacité de travail à 50% de l'époux de la recourante et versement d'indemnités journalières pour les 50% restants)

Montant présenté PCF PCC Dépenses reconnues

Besoins/forfait

39'015.00 55'172.00 Loyer

15'000.00 15'000.00 - Loyer net 15'600.00

- Charges locatives 300.00

Primes assurance-maladie

13'332.00 13'332.00 Total des dépenses reconnues

67'347.00 83'504.00

Revenu déterminant

Prestations de l'AVS/AI

21'132.00 21'132.00 Gain net de l'activité lucrative

24'861.002 24'861.002 - gain de l'activité lucrative 47'028.001

- cotisations sociales - 8'236.00

Fortune

0.003 0.004 - épargne 7'859.25

- capital LPP 21'464.00

- rachat assurance-vie 18'211.00

A/2306/2016 - 19/27 - Produits de la fortune

429.85 429.85 - intérêts de l'épargne 0.55

- intérêts du capital LPP 429.30

Rente, indemnités et pension

40'633.005 40'633.005 - rente étrangère 1'114.00

- indemnités d'une assurance 39'519.006

Allocations familiales

4'800.00 4'800.00 Total du revenu déterminant

91'855.85 91'855.85 1 CHF 3'919.- x 12 = CHF 47'028.- et CHF 3'919.- = CHF 11'757.- / 3.

2 (CHF 47'028.00 – CHF 8'236.00 – CHF 1'500.00) x 2/3 3 ([CHF 7'859.25 + CHF

21'464.55 + CHF 18'211.00] – CHF 75'000.00) x 1/15 e 4 ([CHF 7'859.25 + CHF 21'464.55

+ CHF 18'211.00] – CHF 75'000.00) x 1/8 e 5 CHF 79'037.10 + CHF 1'114.00 6 (CHF

216.54 / 2) x 365 jours Comme pour la période précédente, les revenus réalisés par la

recourante et son époux leur permettaient de couvrir leurs dépenses, primes

d'assurance-maladie y compris, de sorte que c'est à tort que le SPC leur avait octroyé un

subside de l'assurance-maladie. Période du 1er juillet au 30 novembre 2015 (versement

d'indemnités journalières en raison de l'incapacité totale de travailler de l'époux de la

recourante)

Montant présenté PCF PCC Dépenses reconnues

Besoins/forfait

39'015.00 55'172.00 Loyer
15'000.00 15'000.00 - Loyer net 15'600.00
- Charges locatives 300.00
Primes assurance-maladie
13'332.00 13'332.00 Total des dépenses reconnues
67'347.00 83'504.00

Revenu déterminant
Prestations de l'AVS/AI
21'132.00 21'132.00 Gain net de l'activité lucrative
0.00 0.00 - gain de l'activité lucrative 0.00
- cotisations sociales 0.00

Fortune
0.001 0.002 - épargne 7'859.25
- capital LPP 21'464.00
- rachat assurance-vie 18'211.00

Produits de la fortune
429.85 429.85 - intérêts de l'épargne 0.55
- intérêts du capital LPP 429.30

Rente, indemnités et pension
80'151.103 80'151.103 - rente étrangère 1'114.00
- indemnités d'une assurance 79'037.104

Allocations familiales
4'800.00 4'800.00 Total du revenu déterminant

106'512.95 106'512.95 1 ([CHF 7'859.25 + CHF 21'464.55 + CHF 18'211.00] – CHF 75'000.00) x 1/15 e 2 ([CHF 7'859.25 + CHF 21'464.55 + CHF 18'211.00] – CHF 75'000.00) x 1/8 e

A/2306/2016 - 20/27 - 3 CHF 79'037.10 + CHF 1'114.00 4 CHF 215.54 x 365 jours Il ressort du tableau qui précède que pendant la période du 1er juillet au 30 novembre 2015, les revenus réalisés par la recourante et son époux leur permettaient de couvrir intégralement leurs dépenses, y compris celles relatives à l'assurance-maladie. Partant, c'est à tort que le SAM a versé des subsides à la recourante, pour le compte du SPC. d. En résumé, les revenus de la recourante et de son époux n'étaient pas suffisants pour couvrir les dépenses entre les mois de janvier et juillet 2014 de sorte que c'est à tort que le SPC a réclamé la restitution des subsides pour cette période, d'un montant de CHF 2'741.20 ([CHF 4'699.20 / 12] x 7) en ce qui concerne l'époux de la recourante, CHF 3'222.80 ([CHF 5'524.80 / 12] x 7) en ce qui concerne la recourante et CHF 749.- ([CHF 1'284.00 / 12] x 7) s'agissant du fils de la recourante, soit un montant total de CHF 6'713.-. En revanche, pour

le reste de la période litigieuse, les dépenses de la famille de la recourante étaient couvertes par ses revenus. En réalité, quand bien même les indemnités journalières perçues par l'époux de la recourante étaient moins élevées que le revenu habituellement réalisé, elles ne bénéficiaient d'aucun abattement lors du calcul du droit aux prestations complémentaires, au contraire du revenu auquel un abattement de CHF 1'500.- puis d'un tiers est appliqué. C'est en réalité l'application d'un abattement dans un des cas et non dans l'autre qui explique les différences dans les calculs et la restitution demandée. Reste à déterminer si la recourante et ses proches avaient droit au subside, à tout le moins partiel, pour d'autres motifs.

E. 12

a. A teneur de l'art. 19 al. 1 LaLAMal, conformément aux art. 65 et suivants de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), l'Etat de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste (ci-après : ayants droit) des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie. Selon l'art. 20 LaLAMal, sous réserve des exceptions prévues par l'art. 27, les subsides sont notamment destinés aux assurés de condition économique modeste (let. a). A l'exception des assurés visés par l'art. 20, al. 2 et 3, le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par le Conseil d'Etat (art. 21 LaLAMal). Aux termes de l'art. 22 al. 1 et 2 LaLAMal, le montant des subsides est fixé par le Conseil d'Etat et il dépend du revenu au sens de l'article 21 et des charges de famille assumées par l'assuré. Il peut être différent pour les enfants et les adultes. b. Depuis le 1er janvier 2007, le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant unifié le droit aux prestations sociales cantonales, du 19 mai 2005 (LRDU ; RS J 4 06).

A/2306/2016 - 21/27 - L'art. 12 LRD prévoit trois types de prestations, à savoir les prestations catégorielles (let. a), les prestations de comblement (let. b) et les prestations tarifaires (let. c), le subside de l'assurance-maladie correspondant à la catégorie des prestations catégorielles (art. 13 LRD). Pour les prestations catégorielles selon l'art. 12 let. a LRD, le revenu déterminant est établi sur la base des éléments retenus par l'administration fiscale cantonale pour la taxation définitive connue au 31 décembre précédant l'année d'ouverture du droit à la prestation et portant sur les revenus réalisés deux ans avant l'année d'ouverture du droit à la prestation (art. 2 et 2A du règlement d'exécution de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales du 6 décembre 2006 ; RS J 4 06.01 RRDU). Selon l'art. 8 LRDU, le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales est égal au revenu calculé en application des art. 4 et 5 LRD, augmenté d'un quinzième de la fortune calculée en application des art. 6 et 7 LRD. Depuis le 6 septembre 2014, l'art. 9 LRDU prévoit que dans le cas où les éléments de revenus et de fortune ne sont pas disponibles, le socle du revenu déterminant unifié est calculé sur la base d'un coefficient défini par voie réglementaire. Jusqu'au 5 septembre 2014, l'art. 2 RRD prévoyait que pour les prestations catégorielles et les prestations tarifaires définies à l'art. 12, let. a et c, de la loi, le revenu déterminant est établi sur la base de la situation économique et personnelle du requérant deux ans avant l'année d'ouverture du droit à la prestation. Selon l'art. 3 let. a) RRD, le revenu déterminant était établi sur la base du salaire brut, en application de l'art. 2, multiplié par le coefficient de 0,95 pour les subsides de l'assurance-maladie. Selon l'art. 4 al. 2 RDDU, dans sa teneur en vigueur depuis le 6 septembre 2014, applicable par analogie, pour les contribuables dont les éléments de revenus et de fortune ne sont pas disponibles au sens de l'alinéa 1, le socle du revenu

déterminant unifié est calculé sur la base des éléments de revenus bruts retenus par l'administration fiscale cantonale, multipliés par le coefficient de 0,95. Selon l'alinéa 3 de cette même disposition, les revenus bruts sont les suivants : a) le revenu de l'activité dépendante, respectivement indépendante, y compris les prestations découlant des régimes de l'assurance-chômage, de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents et des allocations pour perte de gain et b) les rentes et pensions. c. L'art. 11 prévoit des subsides pour les personnes visées par l'art. 10B al. 1 du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance- maladie du 15 décembre 1997 (RaLAMal - J 3 05.01) dont le revenu annuel déterminant ne dépasse pas les montants suivants en 2014 et 2015 :

Subside a) Groupe A

assuré seul, sans charge légale 18'000.- 90.-

couple, sans charge légale 29'000.-

A/2306/2016 - 22/27 -

b) Groupe B

assuré seul, sans charge légale 29'000.- 70.-

couple, sans charge légale 47'000.-

c) Groupe C

assuré seul, sans charge légale 38'000.- 30.-

couple, sans charge légale 61'000.-.- Selon l'alinéa 2 de cette même disposition, ces limites sont majorées de CHF 6'000.- par charge légale.

E. 13

En l'espèce, la recourante n'a transmis que les avis de taxation, lesquels ne détaillent pas le droit aux prestations sociales (RDU). Son revenu déterminant se calcule ainsi conformément à l'art. 4 RRDU et s'élevait à : Année Revenu annuel déterminant Montant à ne pas dépasser => 05.09.2014 106'050.401 67'000.-2 06.09.2014 => 114'533.903 67'000.-2 2015 111'646.854 67'000.-2 1 0.95 x (CHF 79'383.- + CHF 7'685.- + CHF 20'964.- + CHF 3'600.- selon l'avis de taxation pour l'année 2012) 2 Groupe C : CHF 61'000.- + CHF 6'000.- dès lors qu'il y a une charge légale, à savoir le fils de la recourante. 3 0.95 x (CHF 86'203.- + CHF 8'427.- + CHF 21'132.- + CHF 4'600.- selon l'avis de taxation pour l'année 2013) 4 0.95 x (CHF 54'529.- + CHF 6'746.- + CHF 30'316.- + CHF 15'096.- CHF 6'036.- + CHF 4'800.- selon l'avis de taxation pour l'année 2014). Au vu des montants précités, la recourante ne pouvait pas non plus prétendre à des subsides « partiels » ne couvrant que partiellement les primes d'assurance-maladie. Partant, les subsides d'assurance-maladie ont à l'évidence été versés à tort.

E. 14

Reste à déterminer si les conditions de la restitution sont réalisées. a/aa. En ce qui concerne les prestations complémentaires fédérales, 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). a/bb. 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, ATF 126 V 23 consid. 4b, ATF 122 V 21 consid. 3a), que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision

A/2306/2016 - 23/27 - procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 32/06 du 14 novembre 2006 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, ATF 138 consid. 2c, ATF 173 consid. 4a, ATF 272 consid. 2, ATF 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, ATF 122 V 173 consid. 4a, ATF 122 V 271 consid. 2, 368 consid. 3, ATF 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). S'agissant tout d'abord de la reconsidération, il sied de préciser ce qui suit. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008, consid.

E. 15

a. Conformément à l'art. 33 LaLAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA (al.1). Lorsque les subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire de prestations du SPC, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie (al. 2). b. Quant aux prestations complémentaires cantonales, l'art. 24 al. 1 LPCC stipule que les prestations indûment touchées doivent être restituées. 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. Cela étant, même avant l'entrée en vigueur de la LPGA et la modification

de l'art. 1A LPCC, les modalités de restitution prévues par le droit fédéral étaient déjà applicables par analogie en matière de prestations complémentaires cantonales (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances 2P.189/2002 du 14 octobre 2004, consid. 2.2).

E. 16

a. En l'espèce, il est établi que la recourante a, à tort, bénéficié de subsides de l'assurance-maladie en raison de la violation de son obligation de communiquer. En effet, si le SPC est certes tenu d'établir d'office les faits, il n'en demeure pas moins que la recourante s'était engagée, en signant la demande de prestations déposée le 26 septembre 2011, à informer l'intimé de tout changement dans sa situation personnelle, ses revenus, son patrimoine et ses dépenses. Or, le revenu de son époux s'est modifié et des indemnités journalières lui ont été versées, ce que la recourante n'a pas porté à la connaissance du SPC.

b. Il est également établi que les conditions de la révision procédurale sont réalisées pour la période litigieuse dès lors que l'intimé ignorait la modification du type de revenu perçu par l'époux de la recourante. En raison de la nature de la modification (indemnités journalières et non plus salaire), un traitement différent (abattement en cas de salaire uniquement) devait être appliqué. Etant donné que ces modifications constituent indéniablement des faits importants de nature à modifier le calcul du revenu déterminant, qui existaient déjà lorsque la dernière décision en date, celle du 15 décembre 2014, mais qui ont été découverts après coup lors d'une procédure de révision ouverte suite au décès de la bénéficiaire, on est en présence d'un motif de révision procédurale (ATF 122 V 138 consid. 2d et les arrêts cités).

A/2306/2016 - 26/27 - c. S'agissant du délai dans lequel la restitution des subsides remboursés devait être réclamée, il y a lieu de constater que le SPC a eu connaissance des modifications dans les revenus au cours de la procédure de révision initiée en septembre 2015. Le délai d'un an a dès lors commencé à courir dès cette date. En notifiant la décision de restitution le 7 décembre 2015, l'intimé a, à l'évidence, respecté les délais d'un an et de cinq ans.

d. Certes, la recourante n'a pas perçu personnellement les subsides. Elle en a cependant tiré avantage. En effet, à défaut de subsides, elle aurait dû s'acquitter des primes d'assurance-maladie. Partant, la recourante doit être considérée comme la bénéficiaire des prestations indûment allouées dès lors qu'elle avait un droit autonome à des prestations complémentaires, dont un subside d'assurance-maladie. Enfin, la chambre de céans rappelle à la recourante qu'elle dispose de la possibilité de demander la remise de son obligation de restituer en déposant une demande dans ce sens dans le délai de 30 jours dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 17

Par écriture du 1er août 2016, la recourante a porté à la connaissance du SPC le fait que les indemnités journalières versées à son époux avaient pris fin au cours du mois de juillet 2016. Dans la mesure où la suppression du droit aux prestations complémentaires avec effet au 31 juillet 2014 est confirmée, il y a lieu de considérer que la recourante a formé une nouvelle demande en date du 1er août 2016. Il appartient ainsi au SPC d'instruire cette nouvelle demande et de procéder à de nouveaux calculs à compter de cette date.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 6 juin 2016 sera annulée en tant qu'elle confirme la restitution d'un montant de 22'745.- en lieu et place de CHF 16'032.-. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA;

art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2306/2016 - 27/27 - 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.