

# GE\_GERICHTE ATAS/341/2026 vom 15. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_341\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_341_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/341/2026 du 15 avril 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/341/2026 del 15 aprile 2026

## Erwägungen

### E. 21

janvier 2025). - Le 9 juillet 2025, le SAM a répondu à l'intimé que le subside concernant les jeunes majeurs (entre 19 et 25 ans) n'était pas automatique et qu'il devait être demandé, par le biais d'un formulaire complété et signé. Au vu des circonstances, le SAM venait d'accorder à l'intéressé un subside de CHF 221.- pour l'année 2024. En ce qui concernait 2025, l'intéressé pouvait encore faire la demande de subsides jusqu'au 30 novembre 2025. Au vu de ce qui

A/2319/2025 - 4/19 - précédait, les montants étaient à modifier de la manière suivante : du 1er août au 31 décembre 2024 CHF 1'475.-. - Le 9 juillet 2025, le SAM a informé l'intimé, que suite à son téléphone du même jour l'informant que l'intéressé avait été incarcéré du 1er août 2024 au 31 janvier 2025 pendant la période visée par la demande de restitution, il avait contacté le service de la réinsertion et du suivi pénal (ci-après : SRSP) afin de déterminer si l'intéressé avait une prise en charge des primes d'assurance. Il n'avait pas encore obtenu de réponse à ce sujet. - Le 6 août 2025, le SAM a demandé au SRSP s'il allait intervenir pour le paiement des primes correspondant à l'incarcération de l'intéressé du 1er août 2024 au 31 janvier 2025. - Le 6 août 2025, le SRSP a informé le SAM que l'intéressé n'avait pas retourné le formulaire d'autorisation de communication et demande d'aide financière (coûts LAMal) qui lui avait été envoyé le 16 août 2024 et qu'aucune démarche n'avait donc été entreprise. Les demandes d'aide financière faites après la période de détention n'étaient pas recevables. - Le 6 août 2025, le SAM a informé l'intimé que selon le SRSP, l'intéressé n'avait pas droit à une prise en charge de ses primes d'assurance pendant la période de son incarcération. c. Le 19 janvier 2026, la chambre de céans a demandé au SAM de lui transmettre une copie du formulaire d'autorisation de communication et demande d'aide financière auquel le service de la réinsertion et du suivi pénal faisait référence dans son courrier du 6 août 2025 et de lui préciser : - pour quels motifs il était revenu sur sa décision d'accorder le subside ordinaire au fils de la recourante ? - dans quelle mesure la notion de demande d'aide financière (coûts LAMal) recouvrait la notion de réduction de primes individuelles et/ou les subsides ordinaires. - quelle était la procédure en matière de réduction individuelle des primes de l'assurance-maladie et de subsides ordinaires lorsqu'un bénéficiaire était détenu et quelles étaient, le cas échéant, les formulaires remis aux bénéficiaires incarcérés. d. Le 16 février 2026, le SAM a répondu à la chambre de céans qu'il existait deux mécanismes distincts de soutien financier pour les détenus, à savoir la prise en charge intégrale des primes de l'assurance-maladie et le subside de l'assurance-maladie. La prise en charge des primes de l'assurance-maladie des personnes détenues et domiciliées dans le canton de Genève était assurée par l'office cantonal de la détention (ci-après : l'OCD). Il s'agissait d'une prestation d'aide financière

A/2319/2025 - 5/19 - couvrant notamment la prime d'assurance maladie et non d'une réduction de primes au sens de la LAMal. La prise en charge de ces prestations émergeait au budget de l'OCD. Le formulaire d'autorisation de communication et demande d'aide financière était établi par le SRSP, qui serait à même de le produire. Par ailleurs, les personnes détenues étaient soumises aux mêmes conditions que l'ensemble des assurés du canton de Genève pour obtenir des subsides du SAM. Les jeunes adultes devaient déposer une demande de subsides avant le 30 novembre de l'année d'ouverture du droit au subside. Cela étant, compte tenu du courrier du 26 juin 2025 de la recourante au SAM et des circonstances particulières du dossier, notamment du fait qu'une décision de restitution concernant des subsides 2024 de son fils était intervenue au début de l'année 2025, le SAM avait accordé à ce dernier un subside partiel mensuel de CHF 221.- pour les mois d'août à décembre 2024. e. Le 9 mars 2026, l'intimé a conclu, sur la base du courrier du SAM précité, à l'admission partielle du recours, en tenant compte du fait que ce dernier avait accordé un subside partiel mensuel à l'intéressé pour un montant total de CHF 1'105.- (CHF 221.- x 5 mois). L'intimé concluait en conséquence à l'admission partielle du recours dans le sens qui précède. f. La recourante n'a pas formulé d'observation dans le délai qui lui a été imparti pour ce faire au 10 mars 2026. EN DROIT 1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 et 4 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) et à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). 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.

1.2 Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions

A/2319/2025 - 6/19 - d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC). 1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 43 LPCC ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA -E 5 10] et art. 43 LPCC). Interjeté en temps utile, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la demande de restitution des subsides d'assurance-maladie versés pour le fils de la recourante, tant dans son principe que dans la quotité, pour la période du 1er août 2024 au 31 janvier 2025. 3. Il convient d'examiner d'office si les conditions d'une restitution étaient réalisées et si la demande de restitution du montant de CHF 3'115.-, notifiée le 23 janvier 2025, est intervenue en temps utile. 3.1 3.1.1 S'agissant des prestations complémentaires fédérales, selon l'art. 25 al. 1 1re phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA-RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Selon l'art. 3 al. 1 OPGA, l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une

décision. L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références ; 138 V 426 consid. 5.2.1 et les références ; 130 V 318 consid. 5.2 et les références). En cas de modification des circonstances au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, le bénéficiaire de prestations complémentaires peut également être tenu de restituer les prestations allouées à tort en cas de non-respect de l'obligation de renseigner (art. 25 al. 2 let. c et d de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 [OPC-AVS/AI - RS 831.301] ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_747/2018 du 12 mars 2019). 3.1.2 Au plan cantonal, l'art. 24 al. 1 1re phrase LPCC prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées. Conformément à l'art. 43A LPCC, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si le bénéficiaire ou le service découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (al. 1). Le SPC peut 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).

A/2319/2025 - 7/19 - L'art. 14 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) précise que le SPC doit demander la restitution des prestations indûment touchées au bénéficiaire, à ses héritiers ou aux autres personnes mentionnées à l'art. 2 OPGA appliqué par analogie (al. 1). Il fixe l'étendue de l'obligation de restituer par décision (al. 2). L'art. 25 al. 2 LPGA est applicable par analogie aux prestations complémentaires cantonales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_579/2024 du 7 juillet 2025 consid. 4.1). 3.1.3 Conformément à l'art. 33 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 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). 3.1.4 En vertu de l'art. 25 al. 2 1re phrase LPGA (dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2021), le droit de demander la restitution s'éteint trois ans 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. Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 142 V 20 consid. 3.2.2 et les références). Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision (ATF 119 V 431 consid. 3c), le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 138 V 74 consid. 5.2 et les références). En tant qu'il s'agit de délais de péremption, l'administration est déchue de son droit si elle n'a pas agi dans les délais requis (cf. ATF 134 V 353 consid. 3.1 et les références). S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGA n'en prévoit pas. En vertu du renvoi prévu par l'art. 55 al. 1 LPGA, sont déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). Ainsi, conformément à l'art. 67 al. 1 PA, un délai (de péremption) relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision s'applique, en plus d'un délai absolu de 10 ans dès la notification de la décision administrative ou de la décision sur opposition (ATF 148 V 277

consid. 4.3 ; 143 V 105 consid. 2.1 ; 140 V 514 consid. 3.3). En principe, le moment à partir duquel le motif de révision aurait pu être découvert se détermine selon le principe de la bonne foi. Le délai de 90 jours commence à courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'en apporter une preuve certaine ; une simple

A/2319/2025 - 8/19 - supposition voire des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai de révision (ATF 143 V 105 consid. 2.4 et les références). Si l'assureur social manque de prendre les mesures nécessaires, le délai commence à courir au moment où il aurait pu compléter l'état de fait en faisant preuve de l'engagement attendu et exigible de sa part (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_665/2020 du 8 juin 2021 consid. 5.2 et les références). Lorsque la décision de restitution des prestations indûment touchées se fonde sur l'existence d'un motif de révision procédurale de la décision entrée en force, il y a lieu d'examiner, dans un premier temps, si les conditions de fond de l'art. 53 al. 1 LPGA sont remplies, et si le délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et le délai absolu de 10 ans dès la notification de la décision administrative ont été respectés (cf. ATF 143 V 105 consid. 2.1 et 2.5.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_742/2021 du 4 mars 2022 consid. 5.4.3 non publié in ATF 148 V 327 ; 8C\_665/2020 du 8 juin 2021 consid. 5.2). 3.1.5 À noter enfin que le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire : s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de 30 jours. En revanche, s'il admet avoir perçu indûment des prestations, mais qu'il invoque sa bonne foi et des difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas de remboursement, il doit présenter une demande de remise. 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 (cf. art. 4 al. 2 OPGA ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_589/2016 du 26 avril 2017 consid. 3.1 ; 8C\_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 2.2 et 8C\_602/2007 du 13 décembre 2007 consid. 3). 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

## **E. 26**

février 2010 consid. 3.1). 3.2 En l'occurrence, il ressort du dossier que pour l'année 2024, l'intimé a déterminé le droit aux prestations complémentaires de la recourante en incluant son fils dans les plans de calcul (cf. décision du 12 décembre 2023). Ce dernier a été incarcéré à la prison de Champ-Dollon à compter du 9 juillet 2024, ce qui n'a pas été porté à la connaissance de l'intimé, lequel a continué à verser à la recourante les prestations déterminées dans la décision du 12 décembre 2023. Lors de la mise à jour des prestations pour 2025, le 7 décembre 2024, l'intimé n'était toujours pas au courant de l'incarcération du fils de la recourante. Ce n'est que par un courrier de cette dernière du 19 février 2025 que l'intimé a appris cette incarcération. Lorsque l'intimé a mis à jour les prestations complémentaires pour 2024 dans la décision du 12 décembre 2023, l'intéressé habitait avec sa mère. Son incarcération

A/2319/2025 - 9/19 - dès juillet 2024 constitue ainsi une modification des circonstances postérieure à la mise à jour pour 2024. Cette situation ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et, en ce qui la concerne, la décision de restitution devait être notifiée dans les trois ans dès connaissance des faits. Lorsque l'intimé a procédé à la mise à

jour des prestations pour 2025, l'intéressé était déjà incarcéré. En considérant que ce dernier habitait toujours avec cette dernière, ce qui ne toutefois pas à la situation réelle, l'intimé a procédé à une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits). Il s'agit là d'éléments pouvant motiver une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de sorte que la décision de restitution devait être notifiée à la recourante dans le délai de 90 jours dès la connaissance des faits. En notifiant sa décision de restitution début février 2024, l'intimé a agi dans le délai de 90 jours et, a fortiori dans celui des trois ans prévus par l'art. 25 al. 1 LPGA). De plus, la décision de restitution a bien été rendue dans les cinq ans suivant le versement des prestations dont la restitution est demandée. Les délais prévus par l'art. 25 LPGA ayant été respectés, la décision de restitution du 23 janvier 2025 n'est pas prescrite. 4. Il convient ensuite d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé réclame la restitution de CHF 2'010.- à la recourante selon ses dernières conclusions. 4.1 4.1.1 Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 5, 6 et 8 LPC, ainsi que les conditions relatives à la fortune nette prévues à l'art. 9a LPC, ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui ont droit à une rente de veuve de l'AVS, tant qu'elles n'ont pas atteint l'âge de référence fixé à l'art. 21 al. 1 LAVS (art. 4 al. 1 let. b LPC) ou qui ont droit à une rente de l'assurance-invalidité (art. 4 al. 1 let. c LPC), et dont la fortune nette est, selon l'art. 9a al. 1 LPC, inférieure à CHF 100'000.- pour les personnes seules (let. a), CHF 200'000.- pour les couples (let. b) et CHF 50'000.- pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (let. c). 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). Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC).

A/2319/2025 - 10/19 - Il ressort notamment de l'art. 10 al. 1 LPC que les dépenses comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, qui varient selon que les personnes se trouvent seules, en couple, ou ont des enfants ayant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (let. a) ainsi que le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs pour des montants maximaux variant en fonction de la région et du nombre de personnes vivant dans le même ménage (let. b). Selon l'art. 10 al. 3 LPC, sont en outre reconnus comme dépenses, pour toutes les personnes, le montant pour l'assurance obligatoire des soins (let. d, 1re phr.). Sur le plan cantonal, ont droit aux PCC les personnes 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 correspond à la différence entre les dépenses reconnues et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC). Le revenu déterminant est en principe calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution (art. 5 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 (art. 6 LPCC). S'agissant des prestations complémentaires fédérales, l'art. 9 al. 2 LPC indique que les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés. Il en va de même pour des orphelins faisant ménage commun. L'art. 9 al. 5 LPC prévoit que le Conseil fédéral édicte notamment des dispositions sur l'addition des

dépenses reconnues et des revenus déterminants de membres d'une même famille ; il peut prévoir des exceptions, notamment pour ceux des enfants qui donnent droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (al. 5 let. a). Donnant suite à la délégation de tâche de l'art. 5 let. a LPC, le Conseil fédéral a édicté les art. 3a à 10 OPC-AVS/AI. Selon l'art. 7 al. 1 let. a OPC-AVS/AI, si les enfants donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI vivent avec les parents, un calcul global de la prestation complémentaire est effectué. Selon l'art. 8 al. 1 OPC-AVS/AI, pour calculer la prestation complémentaire annuelle, il n'est pas tenu compte des dépenses reconnues, des revenus déterminants ni de la fortune des enfants mineurs qui ne peuvent ni prétendre une rente d'orphelin ni donner droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI. 4.1.2 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

A/2319/2025 - 11/19 - en considération à titre de dépense. 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 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]*, 2e 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 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 P 22/01 du

## **E. 29**

octobre 2001, consid. 2). À teneur de l'art. 21a LPC, en dérogation à l'art. 20 LPGa, le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins visé à l'art. 10 al. 3 let. d est versé directement à l'assureur-maladie (al. 1). Si la prestation complémentaire annuelle est inférieure au montant pour l'assurance obligatoire des soins, le montant de la prestation complémentaire annuelle est versé à l'assureur-maladie (al. 2). À Genève, la dépense relative aux primes d'assurance-maladie est prise en charge par le 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 (cf JÖHL, op.cit., n° 152 p. 1737 ss). À teneur de l'art. 22 al. 7 LaLAMal, les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside qui correspond au montant de la prime moyenne cantonale pour le calcul des prestations complémentaires à l'AVS/AI, à concurrence de la prime effective. Lorsque le montant de la prestation annuelle est inférieur à celui de la prime moyenne cantonale à concurrence de la prime effective, le subside accordé correspond au moins au plus élevé des 2 montants suivants : a) le montant du subside le plus élevé figurant aux alinéas 1 à 3 ; b) le 60% de la prime moyenne

cantonale pour le calcul des prestations complémentaires à l'AVS/AI, à concurrence de la prime effective.

A/2319/2025 - 12/19 - 4.1.3 À teneur de l'art. 19 al. 1 LaLAMal, conformément aux art. 65 et suivants LAMal, l'État de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie. Sous réserve des exceptions prévues par l'art. 27, les subsides sont destinés aux assurés de condition économique modeste ou aux bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le service des prestations complémentaires (art. 20 al. 1 let. a et b LaLAMal). Cependant, le législateur a considéré que, dans certains cas précis, il convenait de poser la présomption qu'un assuré n'est pas de condition économique modeste. L'assuré concerné conserve toutefois la possibilité d'établir que tel est en réalité le cas. Ces situations sont décrites par l'art. 20 al. 2 à 4 LAMal, lequel est libellé comme suit : 2 Les assurés qui disposent d'une fortune brute ou d'un revenu annuel brut importants sont présumés n'étant pas de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides. Le Conseil d'Etat détermine les montants considérés comme importants. 3 Sont également présumés ne pas être de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides : a) les assurés majeurs dont le revenu déterminant n'atteint pas la limite fixée par le Conseil d'Etat, mais qui ne sont pas au bénéfice de prestations d'aide sociale ; b) les assurés ayant atteint leur majorité avant le 1er janvier de l'année civile et jusqu'à 25 ans révolus. 4 Le Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des alinéas 2 et 3. L'art. 10 al. 7 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), concrétise la délégation susmentionnée au Conseil d'Etat et précise notamment les conditions que les jeunes assurés majeurs doivent remplir pour pouvoir bénéficier d'un subside. Par ailleurs, à teneur de l'art. 10A RaLAMal, des subsides ne peuvent être octroyés que pour les demandes adressées au service avant le 30 novembre de l'année d'ouverture du droit aux subsides. Le service n'entre pas en matière sur des demandes présentées hors délai. Enfin, selon l'art. 11C al. 1 RaLAMal, dont la teneur n'a pas changé, les bénéficiaires de prestations de l'hospice obtiennent le subside partiel maximum ainsi qu'un complément destiné à couvrir le solde de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins. Toutefois, ce complément ne peut dépasser le montant de la prestation d'aide sociale calculé par l'hospice en

A/2319/2025 - 13/19 - application de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (LIASI – J 4 04) et son règlement d'exécution du 25 juillet 2007 (RIASI – J 4 04.01). Selon l'al. 3 du même article, au cas où un bénéficiaire cesse d'avoir droit aux prestations de l'hospice en cours d'année, son subside partiel, tel que défini à l'alinéa 1, est maintenu jusqu'à la fin de l'année en cours. En cas de justes motifs, le service peut, à la demande de l'hospice, ne pas maintenir ce subside. 4.1.4 S'agissant du calcul des prestations complémentaires de personnes durant l'exécution d'une peine ou d'une mesure, les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (ci-après : DPC), dans leur teneur en vigueur durant la période litigieuse, prévoient que le montant de la prestation complémentaire ne doit être calculé et versé pour une personne durant l'exécution d'une peine ou d'une mesure que si la prestation de base continue d'être versée pendant la période d'exécution (ch. 3622.01 DPC). Durant la période au cours de laquelle un assuré subit l'exécution d'une peine ou d'une mesure, le versement des rentes

d'invalidité et des indemnités journalières peut être suspendu. (...) Si la suspension de la prestation a été ordonnée, il importe pour la même période considérée de suspendre également le versement de la prestation complémentaire. Par contre, la prestation complémentaire continue d'être versée pour toutes les autres personnes comprises dans le calcul prestation complémentaire (ch. 2620.01 auquel le ch. 3622.01 DPC renvoie). Toutefois, le montant maximal de loyer pour le conjoint vivant à domicile et les enfants est calculé, en prenant en compte, dans le calcul de la taille du ménage, la personne incarcérée pendant les douze premiers mois de l'exécution de la peine ou des mesures. Au-delà, le loyer est calculé en fonction de la taille effective du ménage (ch. 3623.03 DPC).

4.1.5 Le concordat sur l'exécution des peines privatives de liberté et des mesures concernant les adultes et les jeunes adultes dans les cantons latins du 10 avril 2006 prévoit notamment, à son art. 24 al. 2, que la prise en charge des primes de l'assurance obligatoire des soins, de la franchise, de la quote-part des coûts dépassant la franchise et de la contribution aux coûts d'hospitalisation est arrêtée par la législation du canton dans lequel la personne détenue est régulièrement établie au moment de son arrestation et de son jugement et que seul le détenu dont la situation de fortune ou le produit de son travail le permet doit participer à ces coûts.

4.1.6 Aux termes de l'art. 12 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. L'art. 39 de la Constitution de la République et canton de Genève du 14 octobre 2012 (Cst-GE - A 2 00) contient une garantie similaire.

A/2319/2025 - 14/19 - En droit genevois, jusqu'au 31 décembre 2024, la LIASI et son règlement d'exécution du 25 juillet 2007 (RIASI – J 4 04.01) concrétisaient ces dispositions constitutionnelles, en ayant pour but de prévenir l'exclusion sociale et d'aider les personnes qui en souffrent à se réinsérer dans un environnement social et professionnel (art. 1 al. 1 LIASI). Les prestations de l'aide sociale individuelle étaient l'accompagnement social, des prestations financières et l'insertion professionnelle (art. 2 LIASI). La personne majeure qui n'était pas en mesure de subvenir à son entretien ou à celui des membres de la famille dont il avait la charge avait droit à des prestations d'aide financière. Celles-ci n'étaient pas remboursables sous réserve notamment de leur perception indue (art. 8 al. 1 et 2 LIASI). Elles étaient subsidiaires à toute autre source de revenu (art. 9 al. 1 LIASI). L'art. 21 al. 1 LIASI disposait qu'avaient droit aux prestations d'aide financière les personnes dont le revenu mensuel déterminant n'atteignait pas le montant destiné à la couverture des besoins de base et dont la fortune ne dépassait pas les limites fixées par règlement du Conseil d'État. L'art. 22 LIASI disposait qu'étaient pris en compte les revenus et les déductions sur le revenu prévus aux art. 4 et 5 de la loi sur le revenu déterminant unifié du 19 mai 2005 (LRDU - J 4 06). Selon l'art 21 al. 2 let. c LIASI, fait notamment partie des besoins de base, la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, mais au maximum le montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur, sous réserve des exceptions temporaires prévues par règlement du Conseil d'État pour les nouvelles personnes présentant une demande d'aide sociale et dont la prime d'assurance-maladie obligatoire dépasse la prime moyenne cantonale, sous déduction du subside partiel. Toutefois, lorsque la prime d'assurance-maladie effective est supérieure à la prime cantonale de référence au sens de l'art. 21 al. 1 LIASI, elle est prise en charge, en application de l'art. 21a al. 4 let. b LIASI, jusqu'au terme de résiliation le plus proche, à concurrence d'un montant ne dépassant pas le 120 % de la prime moyenne cantonale.

Au-delà de ce terme, aucune prime supérieure à la prime cantonale de référence n'est prise en charge (art. 4 al. 5 RIASI). La part de la prestation financière d'aide sociale qui, après déduction du subside partiel versé par le SAM, est destinée à la couverture du solde de la prime de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est directement payée à l'assureur LAMal par l'intermédiaire du SAM (art. 4 al. 7 RIASI). Conformément à l'art. 4 al. 8 RIASI, si le solde de la prime de l'assurance-maladie obligatoire des soins est supérieur à la prestation financière d'aide sociale, le SAM verse le montant nécessaire pour couvrir le solde à l'assureur LAMal à titre d'avance. Ce montant est remboursé par le bénéficiaire au SAM.

A/2319/2025 - 15/19 - La LIASI ne comportait aucune disposition spécifique concernant les personnes détenues dans un établissement pénitentiaire. L'office cantonal de la détention (ci-après : OCD) effectuait toutefois une certaine prise en charge (cf. Exposé des motifs relatif au projet de loi sur l'aide sociale et la lutte contre la précarité [LASLP], p. 89). Le 1er janvier 2025 sont entrés en vigueur la loi sur l'aide sociale et la lutte contre la précarité du 23 juin 2023 (LASLP - J 4 04) et son règlement d'application du 17 avril 2024 (RASLP - J 4 04.01), abrogeant la LIASI et son règlement d'exécution, le RIASI. Désormais, un art. 28 al. 2 LASLP porte spécifiquement sur le droit des personnes majeures détenues dans un établissement pénitentiaire ou dans une autre institution, lesquelles peuvent également bénéficier d'une aide financière selon les modalités définies par le Conseil d'État par règlement. Par ailleurs, selon l'art. 40 LASLP, le droit aux prestations d'aide financière naît dès que les conditions de la loi sont remplies, mais au plus tôt le 1er jour du mois du dépôt de la demande. L'art. 38 RASLP, relatif aux personnes détenues dans un établissement pénitentiaire ou dans une institution, prévoit que 1 Les personnes majeures domiciliées dans le canton de Genève et détenues ou internées dans un établissement pénitentiaire genevois ou placées dans une institution genevoise en exécution d'une peine ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle, ou placées par une autorité genevoise dans un établissement pénitentiaire extra-cantonal ou dans une autre institution située en dehors du canton de Genève, peuvent obtenir des prestations d'aide financière aux conditions suivantes : a) leur fortune se situe dans les limites fixées par l'article 3 du présent règlement ; et b) leurs revenus au sens de l'article 34 de la loi, comprenant les revenus provenant d'un travail dans le cadre de la détention ainsi que les indemnités équitables au sens du droit concordataire en matière d'exécution des peines et des mesures, sont insuffisants pour couvrir les besoins figurant à l'alinéa 2, lettres a, b et c ou d, du présent article. 2 Les prestations d'aide financière couvrent les besoins suivants : a) (...) b) la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, étant précisé que les modalités définies à l'article 32 de la loi ne trouvent pas application ; (...) 4.1.7 À teneur de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), les parties ont le droit d'être entendues.

A/2319/2025 - 16/19 - Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst. – RS 101) implique notamment, pour l'autorité, l'obligation de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et afin que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté, même si la motivation présentée est erronée (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_1331/2021 du 11 octobre 2022 consid. 1.1). Le juge des assurances peut examiner l'éventuelle violation du droit d'être entendu aussi bien sur

contestation d'une partie que d'office (ATF 120 V 362 consid. 2a ; cf. aussi ZIMMERLI, Zum rechtlichen Gehör im sozialversicherungs-rechtlichen Verfahren, in Festschrift 75 Jahre EVG, Berne 1992, p. 326 ; ATAS/884/2019 consid. 4 ; ATAS/174/2018 consid. 14).

4.1.8 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). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 5.

5.1 En l'espèce, le 12 décembre 2023, l'intimé a déterminé le droit aux prestations complémentaires de la recourante pour 2024 en incluant son fils dans les calculs. Il en résultait qu'elle avait droit à CHF 35'009.- de prestations complémentaires fédérales et cantonales, dont CHF 20'717.- lui ont été versés directement et CHF 14'292.- ont été versés, par le SAM, à l'assureur-maladie à titre de réduction de primes pour elle (CHF 8'100.-) et son fils (CHF 6'192.-).

A/2319/2025 - 17/19 - Pour le mois de janvier 2025, les prestations complémentaires ont été versées à la recourante et les réductions individuelles de prime directement versée à l'assureur-maladie étaient de CHF 713.- en ce qui concerne la recourante et de CHF 535.- pour son fils. Ce dernier ayant été incarcéré à la prison de Champ-Dollon à compter du 9 juillet 2024, il a été mis un terme au versement de sa rente, de sorte que conformément à l'art. 8 al. 1 OPC-AVS/AI et au ch. 36923.03 DPC, l'intimé a refait les calculs du droit aux prestations complémentaires de la recourante sans l'y inclure, sauf en ce qui concernait le loyer, qui a été divisé par deux. Ainsi, entre août et décembre 2024, sur les CHF 9'764.- dus à titre de prestations complémentaires, CHF 6'389.- auraient dû être versés à la recourante et CHF 3'375.- auraient dû être versés, par le SAM, directement à l'assureur-maladie à titre de réduction de primes pour la recourante uniquement. Pour 2025, ce sont des prestations complémentaires fédérale de CHF 759.- et cantonale de CHF 569.- qui auraient dû être versées à la recourante, étant précisé que la réduction individuelle de prime la concernant était de CHF 713.-. Durant la période litigieuse, la situation était donc la suivante :

Août – décembre 2024  
Janvier 2025  
Total Prestations complémentaires versées 8'640.00  
1'782.00 10'422.00  
Prestations complémentaires dues 6'395.00 1'328.00 7'723.00  
Différence 2'699.00  
Subside versé 5'955.00 1'248.00 7'203.00  
Subside dû 3'375.00 713.00  
4'088.00  
Différence 3'115.00  
Dans deux décisions datées du 25 janvier 2025, l'intimé a requis de la recourante la restitution des subsides versés directement à l'assurance-maladie pour le compte de son fils, soit les CHF 3'115.- susvisés ainsi que la restitution des

prestations complémentaires versées à tort, soit CHF 2'699.-, étant rappelé que ce point n'est pas contesté. 5.2 La recourante a fait valoir que son fils avait fait une demande de prise en charge des subsides d'assurance-maladie lors de sa détention. Il faut constater que

A/2319/2025 - 18/19 - cela est contesté tant par le SAM que par l'OCD et qu'elle n'a pas été en mesure d'établir ce fait. Par ailleurs, l'éventuel droit de son fils à la prise en charge par l'OCD de ses primes d'assurance-maladie pour la période de son incarcération ne relève pas de la compétence du SAM, ni de l'intimé, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte en l'espèce. S'agissant de la possibilité d'obtenir un subside du SAM, l'intéressé aurait dû faire une demande en ce sens avant le 30 novembre 2024 pour y avoir droit pour cette année-là, ce qu'il n'a pas fait. Il en résulte qu'il n'avait pas droit à un subside du SAM pour 2024. Cela étant, ce dernier lui a octroyé, à bien plaisir au vu des circonstances particulières du cas, un subside partiel mensuel de CHF 221.- pour les mois d'août à décembre 2024 et l'intimé a, en conséquence, réduit sa demande de restitution des subsides à CHF 2'010.- au lieu de CHF 3'115.- et conclu à l'admission partielle du recours dans ce sens. Il convient d'en prendre acte et de suivre les conclusions de l'intimé, ce qui conduit à une réduction du montant à restituer. 6. Le recours est ainsi partiellement admis et la décision sur opposition réformée dans le sens que le montant à restituer s'élève à CHF 2'010.-. L'intimé devra, une fois le présent arrêt entré en force, examiner la demande de remise de la recourante. Celle-ci, n'étant pas représentée et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/2319/2025 - 19/19 - 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.