

GE_GERICHTE ATAS/400/2012 vom 27. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_400_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/400/2012 du 27 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/400/2012 del 27 marzo 2012

Regeste

Résumé: Lorsqu'un nouveau calcul des prestations complémentaires est effectué, 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 la situation concrète de l'intéressé, soit de toutes les modifications intervenues, peu importe qu'elles influent le revenu déterminant à la hausse ou à la baisse. En l'espèce, il convient de retenir qu'à défaut de paiement de ses primes et frais médicaux, l'assuré aurait puisé, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans sa fortune pour les payer, diminuant celle-ci au gré des années, à concurrence des montants dus.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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. Il statue aussi, en application de l'art. 56V al. 2 let. a aLOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le régime des prestations complémentaires de l'AVS/AI. Ses dispositions s'appliquent aux prestations versées par la Confédération et les cantons en vertu du chapitre 1a, à moins que la LPC n'y déroge expressément (cf. art. 1 al. 1 LPC). Sur le plan cantonal, l'art. 1A LPCC prévoit qu'en cas de silence de la loi, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie.

A/3126/2010 - 5/12 -

E. 3

La loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité a été remplacée - à la suite de l'adoption de la loi fédérale concernant l'adoption et la modification d'actes dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 6 octobre 2006 (RO 2007 5779) - par la LPC, entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Dès lors que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et que le juge se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220 et les références), les dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2008 sont en l'occurrence applicables aux prestations versées depuis lors seulement. Cela étant, les dispositions applicables et déterminantes sont souvent identiques sous l'ancien et le nouveau droit.

E. 4

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la détermination du montant de la fortune de l'assuré, et plus particulièrement sur la déduction des frais de maladie versés à tort et des primes d'assurance à opérer sur cette fortune, dès lors qu'à défaut de prestations équivalentes, l'assuré aurait payé ces frais au moyen de sa fortune, qui aurait ainsi diminué d'autant.

E. 6

a) Au niveau fédéral, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond alors à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 3a al. 1 aLPC ; art. 9 al. 1 LPC dès le 1er janvier 2008).

Selon l'art. 3c al. 1 aLPC (art. 11 al. 1 LPC), les revenus déterminants comprennent notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b), un dixième de la fortune nette, dans la mesure où elle dépasse 25'000 francs pour les personnes seules bénéficiaires de rente de vieillesse (let. c), les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d), les allocations familiales (let. f) et les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g).

L'article 3b al. 3 let. d aLPC (art 10 al. 3 let. d LCP) stipule qu'est reconnue comme dépense le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, qui correspond à la prime moyenne cantonale pour l'assurance obligatoire des soins. Le montant pris en compte à Genève à ce titre, pour un adulte de plus de 26 ans est fixé à 4'788 fr. (2004), 4'932 fr. (2005), 5'112 fr. (2006), 5'088 fr. (2007), 5'028 fr. (2008 et 2009), 5'232 fr. (2010), selon l'ordonnance du DFI relative aux primes moyennes cantonales.

A/3126/2010 - 6/12 - L'article 3d aLPC (art. 14 LPC) prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires les frais médicaux, à concurrence de 25'000 fr. par an pour une personne seule. b) Les dispositions applicables en matière de prestations complémentaires cantonales instaurent un régime similaire. L'art. 4 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance- invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RS J 7 15) prévoit qu'ont droit aux prestations les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal applicable. Par ailleurs, le revenu déterminant est calculé conformément aux dispositions fédérales (art. 5

al.1 LPCC), sous réserve, en dérogation de l'art. 3c al. 1 let. c aLPC (art. 11 al. 1 let c LPC), de la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu fixée à un cinquième pour les bénéficiaires de rente de vieillesse, après déduction de la franchise prévue par la disposition fédérale. Les dépenses reconnues au niveau cantonal sont celles énumérées par la LPC et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, qui est remplacé par le montant déterminé par la LPCC, aux termes de l'art. 6 de cette loi. c) L'article 20 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LaLAMal; J 3 05), prévoit que les assurés bénéficiaires de prestations complémentaires sont des ayants droits au subside accordé par le canton en application de l'article 19 de la loi. Selon l'article 22, le montant du subside est égal au montant de la 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.

E. 7

a) La fortune doit être évaluée selon les règles de la législation sur l'impôt cantonal direct du canton du domicile (art. 17 al. 1 OPC-AVS/AI). En règle générale, sont pris en compte pour le calcul de la prestation complémentaire annuelle 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; peut également entrer en considération comme période de calcul celle sur laquelle se fonde la dernière taxation fiscale (art. 23 al. 1 et 2 OPC-AVS/AI). L'art 7 LPCC précise que la fortune est évaluée selon les règles de la loi sur l'imposition des personnes physiques, sauf quelques exceptions concernant les immeubles, non applicables en l'espèce. 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 ce qui précède, 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 (art. 23 al. 4 OPC-AVS/AI).

A/3126/2010 - 7/12 - b) En cas de changements dans la fortune ou les revenus déterminants, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée lorsque les dépenses reconnues, les revenus déterminants et la fortune subissent une diminution ou une augmentation pour une durée qui sera vraisemblablement longue. Sont déterminants les dépenses nouvelles et les revenus nouveaux et durables, convertis sur une année, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient (art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI). La nouvelle décision doit porter effet 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 (art. 25 al. 2 let. b OPC-AVS/AI).

E. 8

a) L'art 2 LPC entré en vigueur le 1er janvier 2008 précise que la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux. L'art 1 LPCC précise que le but de la loi est de garantir aux personnes âgées, veufs, invalides et orphelins le droit au revenu minimum cantonal d'aide sociale. b) L'idée à la base de l'art. 3c al. 1 let. c aLPC (art 11 al. 1 let. c LPC) qui tient compte d'une part de la fortune au titre de ressources est que celui qui demande des prestations complémentaires puise d'abord dans sa fortune

personnelle, dans une mesure raisonnablement exigible (ATF 122 V 394).

E. 9

a) On parle de dessaisissement au sens de l'art. 3c al. 1 let. g aLPC (art. 11 al. 1 let. g), lorsque l'assuré renonce à une part de fortune sans obligation légale et sans contre-prestation adéquate, lorsqu'il a droit à certains éléments de revenu ou de fortune mais n'en fait pas usage ou s'abstient de faire valoir ses prétentions, ou encore lorsqu'il renonce à exercer une activité lucrative possible pour des raisons dont il est seul responsable (VSI 1994 p. 291, consid. 2b non publié aux ATF 120 V 182; ATF 123 V 35; ATF 121 V 205 consid. 4a, 117 V 289 consid. 2; Stefan WERLEN, *Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen und deren Berechnung*, thèse Fribourg 1995, p. 157; Raymond SPIRA, *Transmission de patrimoine et dessaisissement au sens de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI [LPC]*, RSAS 1996, p. 210; pour une vue d'ensemble à ce sujet, voir FERRARI, op. cit.). b) En cas de dessaisissement d'une part de fortune, le calcul de la prestation complémentaire doit se faire comme si l'ayant droit avait obtenu une contre-prestation équivalente pour le bien cédé. Le revenu déterminant est donc augmenté, d'abord, d'une fraction de la valeur de ce bien (un quinzième ou un dixième; cf. art. 3c al. 1 let. c aLPC). Il est augmenté, ensuite, du revenu que la contre-prestation aurait procuré à l'ayant droit (RALPH JÖHL, *Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung*, in *Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, no 212 p. 1785); en règle générale, la jurisprudence se réfère, pour fixer ce revenu, au taux d'intérêt moyen sur les dépôts d'épargne servi par l'ensemble des banques au cours de l'année précédant celle de l'octroi de la prestation complémentaire (ATF 123 V 35 consid.

A/3126/2010 - 8/12 - 2a p. 37 sv.; 120 V 182 consid. 4e p. 185 sv.; cf. également JÖHL, loc. cit.; PIERRE FERRARI, *Dessaisissement volontaire et prestations complémentaires à l'AVS/AI*, RSAS 2002 p. 419 sv., et p. 427 sv.; RAYMOND SPIRA, *Transmission de patrimoine et dessaisissement au sens de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI [LPC]*, RSAS 1996 p. 218). Il convient toutefois de réduire de 10'000 francs par an la part de fortune dessaisie à prendre en considération, conformément à l'art. 17a OPC-AVS/AI. On présume ainsi que l'ayant droit, à supposer qu'il ne se soit pas dessaisi de sa fortune, en aurait mis une partie à contribution pour subvenir à ses besoins; il existe, dans cette mesure, un certain parallélisme avec l'art. 3c al. 1 let. c aLPC; l'amortissement prévu par l'art. 17a OPC-AVS/AI n'est cependant admis que sous la forme d'un forfait indépendant du montant exact de la fortune dessaisie ou de celle dont dispose encore l'ayant droit (cf. ATF 118 V 150 consid. 3 p. 153 ss; JÖHL, op. cit., p. 1814 sv.; Arrêt du 27 janvier 2009, 8C_68/2008). c) Lorsque les conditions susceptibles de reconnaître l'existence d'un dessaisissement ne sont pas remplies, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'une fortune (hypothétique) dans le calcul de la prestation complémentaire, même si l'assuré a pu vivre au-dessus de ses moyens avant de requérir une telle prestation. En effet, ainsi que le TFA l'a répété à maintes reprises, il n'appartient pas aux organes compétents en matière de prestations complémentaires de procéder à un contrôle du mode de vie des assurés ni d'examiner si l'intéressé s'est écarté d'une ligne que l'on pourrait qualifier de « normale » et qu'il faudrait au demeurant préciser. Il convient bien plutôt de se fonder sur les circonstances concrètes et se limiter à examiner si le demandeur dispose ou non des ressources nécessaires pour couvrir ses besoins vitaux dans une mesure appropriée et - sous réserve des restrictions découlant de l'art. 3c al. 1 let. g LPC - ne pas se préoccuper des raisons de cette situation (cf. ATFA P 4/05 du 29 août 2005 consid. 5.3.1; VSI 1994 p.

225 s. consid. 3b; RCC 1990, p. 371 ; RCC 1992, p. 436).

D'une façon générale, le TFA a précisé que l'on ne peut renoncer à rechercher les causes d'une diminution de fortune et se fonder sur la situation effective de l'assuré que lorsqu'il n'y a pas dessaisissement. d) Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser que, lorsqu'un nouveau calcul des prestations complémentaires est effectué, il y a lieu de partir des faits tels qu'ils existaient réellement durant la période de restitution déterminante. Dans ce sens, on tiendra compte de toutes les modifications intervenues, peu importe qu'elles influent le revenu déterminant à la hausse ou à la baisse. Il serait en effet choquant, lors du nouveau calcul de la prestation complémentaire destiné à établir le montant de la restitution, de ne tenir compte que des facteurs défavorables au bénéficiaire de la prestation complémentaire (ATF 122 V 19, VSI 1996 p. 214). Sur cette base, le Tribunal cantonal des assurances sociales

A/3126/2010 - 9/12 - (soit la chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1er janvier 2011) a admis de déduire de la fortune de l'intéressé le montant des prestations complémentaires versé à tort, correspondant aux sommes qu'il aurait dû prélever sur sa fortune pour couvrir ses dépenses, à défaut de prestations, afin de calculer à nouveau le montant à restituer (ATAS/1051/2010 du 14 octobre 2010 et ATAS/1181/2010 du 17 novembre 2010, tous deux non définitifs). Dans ce dernier cas, le Tribunal a retenu que le SPC devait reprendre les calculs, année par année, en tenant compte de l'incidence de la diminution de la fortune sur le montant des prestations complémentaires, dès lors qu'en l'absence de versement de prestations complémentaires, le recourant aurait dû puiser les deniers nécessaires à sa subsistance dans sa fortune, qui aurait en conséquence diminué dans la même proportion. Le Tribunal fédéral a annulé cet arrêt motif pris que ni la loi, ni la jurisprudence ne permettent de procéder à un amortissement systématique - et indépendant des circonstances du cas d'espèce - de la fortune de l'intimé, renvoyant la cause au SPC pour instruction complémentaire et nouvelle décision qui tienne compte de la situation financière concrète de l'intimé pendant la période considérée et n'opère pas des déductions "méthodiques" sur sa fortune. Il a de plus confirmé que, dans le cadre d'un calcul rétrospectif des prestations complémentaires, il faut tenir compte des faits susceptibles d'affecter, à la hausse ou à la baisse, les revenus déterminants du bénéficiaire (arrêt du Tribunal fédéral non publié du 20 février 2012, 9C_20/2011).

E. 10

Le Tribunal Fédéral a rappelé que dans le domaine des assurances sociales, l'autorité administrative ou le juge ne peut pas considérer un fait comme prouvé seulement parce qu'il apparaît comme une hypothèse possible et que, dans ce domaine, le juge fonde bien plutôt 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. 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3).

E. 11

Dans le cas d'espèce, il est établi que les revenus de l'assuré du 31 décembre 2004 au 31 décembre 2009, y compris la fortune mobilière, prise en compte après déduction de la franchise de 25'000 fr. et à concurrence de la proportion légale (un dixième au niveau

fédéral et un cinquième au niveau cantonal), excédaient ses dépenses à hauteur de 8'000 fr. à 10'300 fr. au niveau cantonal et de 10'000 fr. à 12'500 fr. au niveau fédéral, selon les années. Les bénéficiaires de prestations cantonales ont droit au subside d'assurance maladie si, malgré l'absence de droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle moyenne d'assurance maladie pour le groupe familial en question, dès lors que le montant de

A/3126/2010 - 10/12 - la prime d'assurance n'est pas pris en compte dans le plan de calcul. Tel n'était pas le cas de l'assuré en juin 2005. Ainsi, la prise en compte de cette fortune, lors de la décision de 2005, aurait dû refuser le paiement des primes d'assurance et des frais médicaux, que l'assuré aurait donc dû assumer avec ses deniers. Compte tenu de la constance du niveau de la fortune de l'assuré, la Cour retiendra que le budget de celui-ci était équilibré, en tenant compte de la prise en charge de ses primes et frais de maladie. En d'autres termes, l'assuré n'a pas été en mesure d'épargner et cela correspond d'ailleurs à la finalité de la loi sur les prestations complémentaires, à savoir la seule couverture des besoins vitaux. Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à défaut de prise en charge de ses primes et frais de maladie, l'assuré aurait puisé dans sa fortune pour les payer, diminuant celle-ci au gré des années, à concurrence des montants dus. Cette présomption est d'ailleurs conforme à la réduction annuelle de 10'000 fr. de la fortune théorique en cas de dessaisissement, le législateur présumant ainsi que l'assuré disposant d'une fortune en met une partie à contribution pour subvenir à ses besoins. Ainsi, il n'y a pas lieu d'extrapoler sur la réalité de l'utilisation de la fortune pour payer ces dépenses de santé, postulant par exemple que certains assurés préservent leur fortune pour leurs héritiers en vivant pour cela en dessous du minimum vital. A l'instar des développements jurisprudentiels cités, notamment en lien avec le dessaisissement, il est admissible de revoir la situation patrimoniale de l'assuré en se plaçant dans la situation hypothétique qui aurait été la sienne, si elle avait été conforme au droit. De même que le Tribunal fédéral retient que c'est la situation financière du dessaisi, comme s'il avait reçu une contreprestation équivalente, qui prévaut, il faut admettre que c'est la situation de l'assuré, comme s'il avait payé ses primes d'assurance maladie et ses frais médicaux, qui doit être retenue. C'est donc à juste titre que les héritiers de l'assuré font valoir que, puisque leur père aurait dû payer ses primes et frais de maladie, c'est la fortune réduite à due concurrence qui doit être retenue chaque année pour le calcul des prestations. L'arrêt du Tribunal fédéral du 20 février 2012 (9C_20/2011) n'est pas un obstacle à ce mode de procéder dès lors que, dans le cas d'espèce, il s'agit de déduire de l'état de la fortune réelle de l'assuré des frais effectifs, démontrés par pièces, dès lors qu'il s'agit précisément des primes d'assurance-maladie et des frais médicaux pris en charge par le SPC, dont le remboursement est réclamé et que l'assuré aurait dû payer, sur ses deniers, à défaut de prestations complémentaires.

A/3126/2010 - 11/12 - Reste à déterminer comment et depuis quelle date il convient de procéder aux déductions des frais de maladie effectifs de la fortune de l'assuré. La restitution des prestations est demandée pour la période allant du 1er juin 2005 au 30 avril 2010. L'assuré a donc bénéficié des prestations indues jusqu'au 31 mai 2005, qui ne peuvent plus être réclamées en raison du délai de péremption. Il faut ainsi partir de l'hypothèse théorique que l'assuré aurait payé ses frais de maladie dès le 1er juin 2005. Pour la période du 1er juin au 31 décembre 2005, il convient donc de déduire de la fortune au 31 décembre 2004 (59'533 fr.), les frais et les primes d'assurance maladie dues pour cette même période

(1er juin-31 décembre 2005: 4'309 fr.) afin de déterminer l'état de la fortune au 31 décembre 2005 (55'224 fr.), à concurrence de la proportion légale après déduction de la franchise, déterminant pour les droits de l'assuré en 2006, que ce soit la prise en charge des primes et frais médicaux ou l'octroi d'un subside mensuel. Ensuite, il faut déduire de l'état de la fortune réelle au 31 décembre 2005 (62'645 fr.) les frais effectif de 2005 (4'309 fr.) et de 2006 (8'280 fr.), afin de déterminer l'état de la fortune au 31 décembre 2006 (50'056 fr.), déterminante pour 2007, et ainsi de suite jusqu'au 30 avril 2010. Si des subsides mensuels sont dus pour une année, il faut alors les additionner à la fortune obtenue au 31 décembre de l'année en question. Si l'état de la fortune implique que l'assuré a droit à la prise en charge de ses primes et frais de maladie, le remboursement réclamé pour l'année en question n'est pas justifié.

E. 12

Le recours est donc admis, et la cause est renvoyée au SPC pour effectuer le calcul du montant finalement dû par les recourants pour la période du 1er juin 2005 au 30 avril 2010, conformément au considérant qui précède. Les recourants qui obtiennent gain de cause ont droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848), soit en l'espèce à 2'500 fr.

A/3126/2010 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet et annule la décision sur opposition du 17 août 2010. 3. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul du montant dû par les recourants. 4. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure de 2'500 fr. en faveur des recourants. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Irene PONCET

La présidente

Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le