

GE_GERICHTE ATAS/462/2013 vom 14. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_462_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/462/2013 du 14 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/462/2013 del 14 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). 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 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.

E. 3

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

E. 4

a) Selon l'art. 9 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Font notamment partie des revenus déterminants selon l'art 11 LPC, les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. Selon l'art. 14a de ordonnance

A/462/2013 - 5/9 - sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301), le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré dans la période déterminante (al. 1). Pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins, au montant maximum destiné à la couverture des besoins des personnes seules selon l'art. 10, al. 1, let. a, ch. 1, LPC, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 %. b) Le montant destiné à la couverture des besoins vitaux pour une personne seule est de 19'050 fr. depuis le 1er janvier 2011 (art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC et art. 1 de l'ordonnance 11 concernant les adaptations

dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI. c) Selon les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC ; état au 1er avril 2011), l'art. 14a OPC établit une présomption légale aux termes de laquelle les assurés partiellement invalides sont foncièrement en mesure d'obtenir les montants limites prévus. Cette présomption peut être renversée par l'assuré s'il établit que des facteurs objectifs ou subjectifs, étrangers à l'AI, lui interdisent ou compliquent la réalisation du revenu en question (DPC no 3424.04). Aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de prestations à l'une ou l'autre des conditions suivantes: - si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un ORP et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement; - lorsqu'il touche des allocations de chômage; - s'il est établi que sans la présence continue de l'assuré à ses côtés, l'autre conjoint devrait être placé dans un home ou un établissement hospitalier; - si l'assuré a atteint sa 60e année (DPC no 3425.05). Si l'assuré fait valoir dans la demande de prestations qu'il ne peut exercer d'activité lucrative ou atteindre le montant limite déterminant, le SPC doit procéder à la vérification de ces dires avant de rendre sa décision. L'assuré peut être invité à préciser ses allégations et à les étayer. S'il ne fait rien valoir de semblable, la décision peut être rendue sans autre (DPC no 3424.07).

E. 5

a) À teneur de l'art. 25 LPGA, 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

A/462/2013 - 6/9 - 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). S'agissant des subsides, l'art. 33 al. 2 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05), prévoit que dans le cas où ils ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du SPC, ce dernier peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie. Selon l'art. 33 al. 1 LaLAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA.

b) L'obligation de restituer prévue par l'art. 25 al. 1, 1ère phrase LPGA suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5; ATF 129 V 110 consid. 1.1). La modification de décisions d'octroi de prestations complémentaires peut avoir un effet ex tunc - et, partant, justifier la répétition de prestations déjà perçues - lorsque sont réalisées les conditions qui président à la révocation, par son auteur, d'une décision administrative. A cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368

consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). c) En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps sont indépendantes de la bonne foi du bénéficiaire des prestations, car il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau (ATF non publié P 61/2004 du 23 mars 2006). d) Selon l'art. 4 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), 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. Pour le surplus, 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 (ATFA non publié du 25 janvier 2006, C 264/05, consid. 2.1).

A/462/2013 - 7/9 -

E. 6

En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

E. 7

En l'espèce, il est établi que le taux et partant le montant de la rente d'invalidité de 2ème pilier de la CIA ont été modifiés avec effet rétroactif par décision du 5 avril 2012 de la CIA. La rente a ainsi été réduite de 100% à 50% du 1er février 2008 au 31 juillet 2009 étant rappelé qu'elle était déjà fixée à 50% dès le 1er août 2009. Elle a ensuite été augmentée à 100% dès le 1er mars 2010. La décision sur opposition tient ainsi correctement compte de cette modification de revenus, à la baisse et à la hausse, pour le calcul des prestations. Cela n'est d'ailleurs pas vraiment contesté par l'assurée, qui sollicite la remise, laquelle fera l'objet d'une décision distincte lorsque la décision de restitution sera définitive. Ainsi, le montant des prestations complémentaires à restituer s'élevait à 4'788 fr. selon la décision du 22 novembre 2012, alors que c'est désormais l'assurée qui est créancière de 1'001 fr. selon la décision sur opposition. Par contre, le montant à rembourser pour le subsidé d'assurance maladie de 13'422 fr. doit également être réduit des subsides auxquels l'assurée a désormais droit pour la période allant du 1er février 2008 au 31 juillet 2009, soit 7'542 fr. (419 fr. x 18 mois). Il paraît en effet plus judicieux de compenser les créances, plutôt que de réclamer 13'743 fr. à l'assurée, pour lui verser ensuite les subsides dus. Au total donc, la somme à restituer est établie ainsi: ■ 13'422 fr. (subsides à restituer pour la période allant du 1er mars 2010 au 30 novembre 2012), dont à déduire 7'542 fr. (subsides dus à l'assurée pour la période allant du 1er février 2008 au 31 juillet 2009) et 1'001 fr. (prestations dues en faveur de l'assurée), soit un total de 4'879 fr. La décision sur opposition du 16 janvier 2013 sera donc annulée sur ce point. S'agissant du gain potentiel, il a été pris en compte par décision initiale du SPC du 23 avril 2010, dès le 1er février 2008, puisque l'assurée ne bénéficiait

depuis lors que d'une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 50% à 59%. Le gain a été fixé à concurrence du montant destiné à la couverture des besoins vitaux pour une personne seule, soit 18'140 fr. en 2008 et 18'720 fr. en 2009 et 2010. Par décision du 20 décembre 2011, le SPC a aussi tenu compte de ce gain potentiel

A/462/2013 - 8/9 - porté à 19'050 fr. dès le 1er janvier 2011, montant maintenu pour 2012 par décision du 20 décembre 2011. Toutes ces décisions sont définitives, faute d'opposition dans un délai de 30 jours et, force est de constater que ni la décision de restitution du 22 novembre 2012, ni la décision sur opposition du 13 janvier 2013 ne portent sur cet élément du calcul, fixé définitivement dès janvier 2012 et au demeurant fondé sur une disposition claire de l'ordonnance. Ainsi, si l'assurée entend faire valoir d'autres motifs que ceux tirés de son invalidité pour réduire ou supprimer ce gain potentiel, il lui appartient de déposer une demande de révision au SPC dans ce sens. A défaut, elle devra attendre une décision de l'OAI augmentant son taux d'invalidité, le cas échéant, solliciter des prestations d'assistance.

E. 8

Ainsi, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition est annulée en tant qu'elle réclame à l'assurée un montant supérieur à 4'879 fr. et confirmée pour le surplus. C'est donc cette somme qui fera l'objet d'une décision statuant sur la demande de remise.

A/462/2013 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement, annule la décision sur opposition du 16 janvier 2013 et dit que la somme à restituer s'élève à 4'879 fr. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Irène 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

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