

# **GE\_GERICHTE ATAS/609/2014 vom 14. Mai 2014**

GE Cour de justice, 2014-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_609\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_609_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/609/2014 du 14 mai 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/609/2014 del 14 maggio 2014

## **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**

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, 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 d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de droit aux prestations complémentaires et de subside d'assurance-maladie.

### **E. 5**

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 de vieillesse de l'assurance- vieillesse et survivants, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC. L'art. 9 al. 1er LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Les dépenses reconnues comprennent notamment, pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), des montants forfaitaires destinés à couvrir les besoins vitaux, soit CHF 19'210.- pour les personnes seules, et les dépenses de loyer, soit

CHF 13'200.- au maximum pour les personnes seules (art. 10 al. 1 let. a et b LPC). Sont en outre reconnues comme dépenses le montant forfaitaire annuel pour l'assurance-obligatoire des soins; il doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins, couverture

A/443/2014 - 4/6 - accidents comprise (art. 10 al. 3 let. d LPC). En effet, les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI 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 (art. 22 al. 6 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance- maladie, du 29 mai 1997 - LaLAMal; RS J 3 05). Ce montant s'élève à CHF 5'640.- (soit CHF 470.- par mois) pour les adultes en 2013 (cf. Ordonnance relative aux primes moyennes cantonales 2013, du 29 octobre 2012 – RS 831.309.1) et à CHF 5'796.- (soit CHF 483.- par mois) pour l'année 2014 (cf. Ordonnance relative aux primes moyennes cantonales 2014, du 28 octobre 2013 - RS 831.309.1). Parmi les revenus déterminants énumérés à l'art. 11 al. 1 LPC, font notamment partie : les deux tiers des ressources en espèce ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement CHF 1'000.- pour les personnes seules (let. a) ; le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b) ; un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse CHF 37'500.- pour les personnes seules (let. c) ; les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d) .

## **E. 6**

Au plan cantonal, l'art. 2 al. 1 LPCC prévoit qu'ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle dans le canton de Genève (let. a) ; et qui sont au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une rente de l'assurance-invalidité, d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou reçoivent sans interruption pendant au moins six mois une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (let. b) ; ou qui ont droit à des prestations complémentaires fédérales sans être au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité (let. c) ; et qui répondent aux autres conditions de la présente loi (let. d). Ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC). Pour les personnes seules, ce revenu s'élève à CHF 25'555.- (cf. art. 3 al. 1 let. a du Règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et à l'assurance-invalidité, du 25 juin 1999 – RPCC – AVS/AI ; RSGE J 4 25.03). 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). En vertu de l'art. 5 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant notamment les adaptations suivantes : les prestations complémentaires fédérales sont ajoutées au revenu déterminant (let. a) ; la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est de un huitième, respectivement de un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, et ce après déduction des franchises prévues par l'art. 11 al. 1 let. c LPC.

A/443/2014 - 5/6 - Pour le surplus, les bénéficiaires de prestations cantonales ont droit au subside d'assurance-maladie si, malgré l'absence de droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie pour le groupe familial en question, dès lors que le montant

de la prime d'assurance n'est pas pris en compte dans le plan de calcul (ATAS/400/2012 du 27 mars 2012).

#### **E. 7**

En l'espèce, les dépenses reconnues s'élèvent à CHF 26'839.- pour les prestations complémentaires fédérales et CHF 33'184.- pour les prestations complémentaires cantonales. Or, les revenus déterminants s'élèvent à CHF 42'924.- pour les prestations fédérales et cantonales. La Chambre de céans constate que le recourant ne conteste pas les chiffres retenus par l'intimé. Dès lors que les revenus du recourant couvrent les dépenses reconnues, c'est à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi de prestations complémentaires. S'agissant du subside d'assurance-maladie, il faut retenir que le revenu déterminant permet au recourant d'assurer le montant annuel de sa prime d'assurance-maladie en plus des dépenses reconnues, puisque les excédents de revenus sont supérieurs au montant de la prime annuelle moyenne, tant pour l'année 2013 que pour 2014. Le solde disponible s'élevant à CHF 16'085.- pour les prestations fédérales et à CHF 9'740.- pour les prestations cantonales, force est de constater que le recourant ne peut prétendre au subside d'assurance-maladie.

#### **E. 8**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

#### **E. 9**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/443/2014 - 6/6 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 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

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDE 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.