

GE_GERICHTE ATAS/819/2012 vom 20. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_819_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/819/2012 du 20 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/819/2012 del 20 giugno 2012

Erwägungen

E. 12

Par courrier du 12 janvier 2011 (recte 2012), l'intimé explique au recourant comment il a calculé la somme de 121'969 fr. qui lui a été versée du 1er août 2005 au 30 novembre 2011.

E. 13

Le 23 janvier 2012, le SAM communique au recourant avoir fait savoir à son assureur-maladie INTRAS en date du 21 octobre 2009 que les primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins de l'année 2010 étaient garanties par l'Etat de Genève. Le 18 octobre 2010, suite à une demande du SPC, le SAM a informé INTRAS de la fin de la garantie de paiement de la prime, avec effet au 31 octobre 2010. Le 14 octobre 2011, il a informé INTRAS de la réouverture de la prise en charge de la prime 2010 avec effet au 1er novembre 2010, y compris pour l'année 2011. Cela étant, le SAM confirme au recourant qu'il garantissait le paiement des primes 2010 et 2011. S'il s'avérait que le recourant avait payé directement les primes à sa caisse-maladie durant ces deux années, il pourrait en demander le remboursement.

E. 14

Par écritures du 31 janvier 2012, le recourant fait valoir que la fortune prise en considération par l'intimé est erronée, dès lors que celle-ci s'est élevée au 31 décembre 2009 à 82'702 fr., au 31 décembre 2010 à 38'156 fr. 60 et au 31 décembre 2011 à 430 fr. 24. En ce qui concerne les subsides d'assurance-maladie, il s'en est

A/3825/2011 - 4/8 - acquitté depuis le mois de juin 2010 au moyen de ses propres deniers. A l'appui de ses dires, il produit copie du livret de récépissés relatifs à ses paiements. Concernant le subside d'assurance-maladie versé pour son épouse, il admet être tenu de le rembourser. Toutefois, il fait valoir qu'aucun subside ne lui a été versé depuis le 1er juin 2010, s'agissant de la couverture de ses propres primes d'assurance-maladie, de sorte que le montant des subsides d'assurance-maladie est erroné.

E. 15

Le 1er février 2012, le recourant transmet à la Cour de céans le courrier que le SAM lui a adressé le 23 janvier 2012 et allègue que ce document atteste qu'il n'a pas perçu de subsides depuis le mois de novembre 2010 et pour toute l'année 2011.

E. 16

Le 21 février 2012, l'intimé fait valoir que le droit aux prestations et aux subsides de l'assurance-maladie avait été effectivement supprimé au 31 octobre 2010, par décision du 13 octobre 2010, mais réintroduit par décision sur opposition du 12 octobre 2011, rétroactivement au 1er novembre 2010. Les subsides de 5'252 et de 4'939 fr. réclamés pour 2010 et 2011 concernent les subsides versés à tort à l'épouse. Quant à la diminution de

l'épargne, l'intimé fait observer que ce grief est mentionné pour la première fois dans le cadre du recours, de sorte qu'il n'a pas pu se prononcer à ce sujet. Il estime ainsi que les conclusions y relatives sont irrecevables, tout en relevant qu'il a d'ores et déjà enregistré la demande de réexamen et qu'il s'y prononcera dans les meilleurs délais.

E. 17

Par courrier du 21 février 2012 au recourant, l'intimé accuse réception des courriers du 13 et du 25 janvier 2012 de ce dernier, par lesquels il forme opposition à ses décisions du 29 novembre 2011, ainsi que de sa demande de réexamen du 31 janvier 2012. Il lui indique qu'il procèdera prochainement à un nouvel examen.

E. 18

Par courrier du 7 mars 2012, le recourant demande à l'intimé son accord pour suspendre la présente cause, d'accord entre les parties, en attendant que ce dernier ait statué sur son opposition à la décision du 29 novembre 2011.

E. 19

Le 15 mars 2012, le SPC informe le recourant que sa décision du 29 novembre 2011 a été prise en reconsidération de la décision dont est recours, de sorte qu'elle ne doit pas être contestée par la voie de l'opposition, mais doit l'être dans le cadre du recours. Cela étant, il n'y a pas lieu de suspendre la procédure judiciaire.

E. 20

Le 19 mars 2012, le recourant fait valoir que les nouvelles décisions du 29 novembre 2011 n'ont pas vidé complètement le litige de son objet, dans la mesure où le SPC n'a pas pris en considération la diminution de sa fortune entre 2010 et 2011. Au vu de l'extension de la période sur laquelle porte le litige, ce grief doit être considéré recevable. Il relève en outre que l'intimé a fait fi du fait qu'il s'est acquitté personnellement des primes d'assurance-maladie depuis juin 2010. Il persiste ainsi dans ses conclusions.

A/3825/2011 - 5/8 -

E. 21

Le 10 avril 2012, INTRAS informe la Cour de céans avoir reçu de la part du SAM un subside mensuel de 436 fr. 10 en 2010 et de 473 fr. en 2011 pour le recourant.

E. 22

Par écritures du 11 mai 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions.

E. 23

Dans ses écritures du 14 mai 2012, le recourant reconnaît avoir reçu le remboursement des primes versées par ses propres soins à son assurance-maladie durant la période de juin 2010 à décembre 2011. Concernant le subside d'assurance-maladie, il s'en remet ainsi à justice. Il persiste dans ses conclusions en ce que les décisions sur reconsidération du 29 novembre 2011 concernent les prestations complémentaires.

E. 24

Sur ce, la cause a été gardée. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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. 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 à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 3. Se pose en premier lieu la question de l'objet du litige. a) L'art. 53 al. 3 LPGA dispose que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « pendente lite » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (cf. ATFA non publiés du

E. 31

août 2004, I 497/03 ; voir aussi ATF 127 V 232 s. consid. 2b/bb). Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), le recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales a un effet dévolutif (al. 1er) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2).

A/3825/2011 - 6/8 - Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3). La décision prise « pendente lite » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237). Dans un arrêt non publié du 15 juin 2007 (I 115/06, consid. 2.1) appliquant l'art. 53 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette jurisprudence. b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). 4. a) En l'espèce, la décision initiale dont est recours concerne la période comprise entre juillet 2005 et octobre 2010. Avant l'envoi de sa réponse, l'intimé a reconsidéré cette décision, en admettant que le droit aux prestations devait être calculé sur la base des barèmes applicables à une personne seule et a réduit ses conclusions à la restitution de la somme de 48'014 fr. Toutefois, il a modifié la période litigieuse et l'a étendue jusqu'en novembre 2011, tout en considérant qu'il n'y avait lieu ni d'entrer en matière sur le grief du recourant, selon lequel sa fortune avait diminué fin 2010, ni de former opposition aux nouvelles décisions, celles-ci faisant l'objet de la présente procédure. En dépit de l'attitude contradictoire de l'intimé concernant l'extension du litige, celle-ci ne peut être admise en l'espèce. En effet, ce dernier ne s'est pas exprimé au sujet de

la diminution de la fortune du recourant et il s'agit d'un nouveau grief qui concerne uniquement la période subséquente. L'objet du litige ne pouvant être étendu, seule la période comprise entre juin 2005 et octobre 2010 est litigieuse. b) Concernant cette période, l'intimé a admis, dans sa décision sur reconsidération du 29 novembre 2011, que les prestations soient calculées sur la base des barèmes pour une personne seule, et les a recalculées, ainsi que la somme à restituer sur cette base, conformément aux conclusions du recourant. Partant, ce grief est devenu sans objet, le nouveau calcul n'ayant pas été contesté par le recourant. Le recourant a contesté en outre initialement avoir perçu le subsidie d'assurance-maladie, alors même que ce subsidie est pris en considération dans le calcul de A/3825/2011 - 7/8 - l'intimé. Toutefois, dans ses dernières écritures, il a abandonné ce grief. Ce fait est en tout état de cause confirmé par l'assureur-maladie. Cela étant, il convient de constater que les nouvelles décisions du 29 novembre 2011, en ce qu'elles ont trait à la période faisant l'objet du litige, font entièrement droit aux conclusions finales du recourant, de sorte que le litige est devenu sans objet. 5. Le recourant ayant contesté son droit aux prestations pour 2011, il y a toutefois lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il statue, par une décision sur opposition, sur ce point. 6. Le recourant obtenant partiellement gain de cause par les décisions sur reconsidération prises pendente lite, une indemnité de 500 fr. lui est accordée à titre de dépens.

A/3825/2011 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant 1. Déclare le recours sans objet. 2. Renvoie la cause à l'intimé pour décision sur opposition à ses décisions du 29 novembre 2011 concernant le droit aux prestations à partir de 2011. 3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 500 fr. à titre de dépens. 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

Diana ZIERI

La présidente

Maya CRAMER 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.