

GE_GERICHTE ATAS/828/2012 vom 21. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_828_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/828/2012 du 21 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/828/2012 del 21 giugno 2012

Regeste

Résumé: L'assuré qui a choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'a consacré à un autre but que celui de la prévoyance ne peut pas bénéficier des prestations complémentaires cantonales (art. 2 al. 4 LPCC). La pratique du SPC consistant à déterminer si le capital a été consacré à un autre but que la prévoyance en calculant la couverture des besoins vitaux avec le capital est susceptible d'entraîner une inégalité de traitement par rapport à l'assuré qui perçoit une rente LPP. Or, le but du législateur est d'éviter les abus de la part des assurés qui dilapident leur capital avant d'obtenir des prestations complémentaires auxquelles ils n'auraient pas eu droit en cas de rente. Par conséquent, la loi permet de tenir compte de la situation financière qui aurait été la leur s'ils avaient perçu une rente LPP. Il y a lieu d'examiner, au préalable, si les ressources de l'assuré, en tenant compte de la rente LPP qui lui aurait été versée, de sa rente AVS et des prestations complémentaires fédérales calculées en fonction de ces derniers revenus, auraient été supérieures à ses dépenses. Si tel est le cas, le SPC est fondé à calculer la couverture des besoins vitaux avec le capital, car il s'avère alors que l'assuré n'aurait pas non plus eu droit à des prestations cantonales s'il avait opté pour la rente LPP. Sinon, l'assuré a droit aux prestations cantonales qui auraient été versées en complément des rente AVS et LPP et des prestations fédérales effectivement perçues.

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. 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.

E. 2

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1 al. 1 LPC). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

E. 3

a) En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA ; cf. également art. 9 e la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance- invalidité [LPFC]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de

A/433/2012 - 6/17 - l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit. b) Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 et art 56 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la prise en compte du capital de prévoyance au regard de la loi cantonale sur les prestations complémentaires, plus particulièrement sur les conséquences du choix du capital de prévoyance professionnelle en lieu et place de la rente, pour le calcul des prestations dues dès le 1er janvier 2011. L'intimé a en effet refusé l'octroi de prestations complémentaires cantonales, motif pris que si l'assurée avait utilisé le capital uniquement pour couvrir ses besoins vitaux selon les barèmes cantonaux, il devrait subsister encore un montant de 61'395 fr. au 31 décembre 2010 et 55'013 fr. au 31 décembre 2011 sur le capital LPP.

E. 5

a) L'art. 3 LPC indique que les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle, qui est une prestation en espèces, traitée aux art. 9 à 13 et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, qui est une prestation en nature, traitée aux art. 14 à 16. 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. b) L'art. 10 al. 1er let. a LPC prévoit, 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), que les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année 18'140 fr. pour les personnes seules (ch. 1). Selon la let. b de cette disposition, les dépenses reconnues comprennent en outre le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs ; le montant annuel maximal reconnu est de 13'200 fr. pour les personnes seules (ch. 1). L'al. 3 de l'art. 10 LPC dispose qu'est reconnue comme dépense, notamment, le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, lequel doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins, couverture accidents comprise (let. d). c) Aux termes de l'art. 11 al. 1er LPC, les revenus déterminants comprennent notamment 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 37'500 fr. pour les personnes seules; les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d), les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g).

E. 6

Selon l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis: frais de traitement dentaire (a) ;frais d'aide, de soins et d'assistance

A/433/2012 - 7/17 - à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (b); frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (c); frais liés à un régime alimentaire particulier (c); frais de transport vers le centre de soins le plus proche (d); frais de moyens auxiliaires (f); frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (g). Selon l'al. 2, les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. L'al. 3 précise que les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants suivants : pour les personnes seules ou veuves vivant à domicile: 25'000 fr. Selon l'al. 6, les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires. Le message du Conseil Fédéral précise que la réglementation proposée est nécessaire pour pouvoir, dans certains cas, rembourser les frais directement au fournisseur de soins (FF 2005, page 5839). L'art. 15 précise que ces frais sont remboursés seulement si le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facturation.

E. 7

a) L'art. 16c de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) OPC-AVS/AI précise que lorsque des appartements ou des maisons familiales sont aussi occupés par des personnes non comprises dans le calcul des prestations complémentaires, le loyer doit être réparti entre toutes les personnes; les parts de loyers des personnes non comprises dans le calcul des prestations complémentaires ne sont pas prises en compte lors du calcul de la prestation complémentaire annuelle (al. 1). En principe, le montant du loyer est réparti à parts égales entre toutes les personnes (al. 2). b) L'art. 17a OPC-AVS/AI décrit la façon dont il faut prendre en considération la fortune et d'éventuels dessaisissements dans le calcul de la prestation complémentaire; la valeur de la fortune lors du dessaisissement doit être reportée telle quelle au premier janvier de l'année suivante, puis être réduite chaque année (al. 2) de 10'000 fr. (al. 1) jusqu'au premier janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 3). c) Selon l'art 26 OPC-AVS/AI, 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. d) L'art. 54a OPC-AVS/AI précise que le Département fédéral de l'intérieur fixe les montants forfaitaires annuels pour l'assurance obligatoire des soins, visées à l'art.

A/433/2012 - 8/17 - 10, al. 3, let. d, LPC, au plus tard à fin octobre pour l'année suivante. Pour le canton de Genève, la prime moyenne pour un adulte a ainsi été fixée à 4'788 fr. en 2004, 4'932 fr. en 2005, 5'112 fr. en 2006, 5'088 fr. en 2007, 5'028 fr. en 2008 et 2009, 5'232 fr. en 2010, 5'400 fr. en 2011 et à 5'556 fr. en 2012.

E. 8

Les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) précisent qu'un montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins est reconnu comme dépense (couverture accidents comprise). Le Département fédéral de l'intérieur fixe les montants déterminants pour chaque canton (no 3240.01). Si aucune PC annuelle ne peut

être versée en raison d'un excédent des revenus, le remboursement des frais de maladie s'opère sur la base d'une comparaison entre l'excédent des revenus d'une part, le montant des frais de maladie et d'invalidité d'autre part. Le remboursement est égal au montant des frais de maladie et d'invalidité dûment attestés, diminué de l'excédent des revenus (no 5310.06). A titre d'exemple, les directives mentionnent le calcul de la PC annuelle d'une personne à domicile qui se solde par un excédent de revenus de 12'000 francs, alors que les coûts de spitex de l'assuré s'élèvent à 20'000 francs, le remboursement étant dans ce cas de 8'000 fr. (annexe 13). Les frais de maladie et d'invalidité ne peuvent être remboursés que si le bénéficiaire de PC les fait valoir auprès d'un organe PC231 dans les 15 mois qui suivent l'établissement de la facture ou à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture (no 5250.01).

E. 9

al. 1 LPC). Ceux-ci comprennent généralement des ressources et des biens dont l'ayant droit a la maîtrise (une fraction de la fortune nette par exemple, cf. art. 11 al. let. c LPC) et exceptionnellement des ressources et parts de fortune dont celui-ci s'est dessaisi (cf. art. 11al. 1 let. g LPC). Doctrine et jurisprudence définissent la fortune comme étant l'ensemble des actifs que l'assuré a effectivement reçus et dont il peut disposer sans restriction (cf. ATF 110 V 17 consid. 3 p. 31 s.; FERRARI, op.cit., p. 419; SPIRA, op. cit., p. 210) et le dessaisissement comme étant le fait de renoncer à certains éléments de revenu ou de fortune sans obligation juridique, ni

A/433/2012 - 9/17 - contre-prestation équivalente (cf. ATF 131 V 329 consid. 4.3 p. 334; 120 V 187 consid. 2b p. 191; ERNST/GÄCHTER, op. cit., p. 150). Il n'existe pas de limite temporelle à la prise en compte d'un dessaisissement (cf. ATF 120 V 182 consid. 4f p. 186 s.; MOOSER/WERMELINGER, Quelques aspects liés au dessaisissement volontaire de fortune par des personnes âgées in *Revue fribourgeoise de jurisprudence* 1993 p. 15; SPIRA, op. cit., p. 211) dès lors qu'une telle mesure vise justement à éviter l'octroi abusif de prestations complémentaires; il n'appartient assurément pas à l'assureur social - et, partant, à la collectivité - d'assumer l'éventuel «découvert» dans les comptes de l'assuré lorsque celui-ci l'a provoqué sans aucun motif valable (cf. arrêt P 12/04 du 14 septembre 2005 consid. 4.1; MOOSER/WERMELINGER, op. cit., p. 13; arrêt non publié du 12 août 2011, 9C_846/2010). b) On parle de dessaisissement 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; 123 V 35; 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, op. cit., p. 210; pour une vue d'ensemble à ce sujet, voir Pierre FERRARI, op. cit., p. 417ss). Dans ce cas, le revenu déterminant est augmenté aussi bien d'une fraction de la valeur du bien cédé que de celle du produit que ce bien aurait procuré à l'ayant droit (cf. ATF 123 V 37 ss consid. 1 et 2; FERRARI, op. cit., p. 419 ss).

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'assuré 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. ATF A 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) Le Tribunal fédéral a retenu l'existence d'un dessaisissement dans le cas d'un assuré ayant perçu un capital de prévoyance de 888'792 fr., utilisé pour rembourser

A/433/2012 - 10/17 - des dettes (385'210 fr.) et dont le solde, additionné à sa fortune, malgré la prise en compte de dépenses effectives de 10'500 fr./mois aurait encore dû être de 495'000 fr. (arrêt non publié P 52/02, du 12 juin 2003).

Il a jugé le cas d'un assuré dont le solde du capital de prévoyance de 129'493 fr. 40 était de 69'370 fr. 20 au 31 décembre de l'année du versement. La diminution de fortune de 60'123 fr. 20 en moins de trois mois n'était expliquée que partiellement par le remboursement d'un emprunt pour un montant de 21'073 fr. 80, et par le paiement d'un montant de l'ordre de 3'500 fr. à l'administration fiscale pendant la période prise en considération. Le Tribunal fédéral a encore retenu des prélèvements de 1'000 fr. par mois environ pour compléter les revenus de l'assuré soit 2'500 fr. pour la période du 15 octobre au 31 décembre 1996, une diminution de fortune de l'ordre de 33'000 fr., au moins, demeurait inexpliquée jusqu'à la fin de l'année 1996 et était considérée comme un dessaisissement (arrêt non publié P 59/02 du 28 août 2003).

E. 10

a) S'agissant des prestations cantonales, selon l'art. 2 al. 2 LPC, les cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la loi fédérale et fixer les conditions d'octroi de ces prestations. Le message du Conseil fédéral à l'appui de la loi de 1968 confirme que, pour l'octroi des prestations fédérales, les cantons sont liés par les conditions d'octroi fixées par la loi fédérale, sous réserve des dérogations expressément prévues par la loi, mais sont libres d'accorder des prestations - cantonales - plus étendues, pour lesquelles ils ne perçoivent cependant pas de subvention (FF 1964, page 715 et 730). Le message de 2005 précise que les cantons sont désormais astreints d'allouer des prestations complémentaires fédérales (FF 2005, page 5833). Ils restent libres d'allouer des prestations plus étendues selon leur droit cantonal. La loi cantonale, contrairement au droit fédéral, précise à l'art. 2 al. 4 LPCC que les personnes qui ont choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'ont consacré à un autre but que celui de la prévoyance ne peuvent bénéficier des prestations accordées en application de la présente loi. L'al. 5 précise que les caisses de pension sont tenues d'en informer leurs membres en temps utile. b) Le titre marginal de l'art. 4 A du projet de loi du 13 septembre 1991, soit l'actuel art. 2 entré en vigueur le 1er janvier 1992, mentionne "prestations versées par le 2ème pilier" (Mémorial du Grand Conseil 1991/IV p. 3597). Le commentaire par articles du rapport de commission précise que "le but de cet article est d'éviter que des personnes touchent le capital de leur deuxième pilier, le dilapident et viennent ensuite demander une aide à l'OAPA. La logique du système des trois piliers veut que la prévoyance professionnelle verse des rentes (...). L'article ne concerne

que le capital touché à la retraite et pas en cours de carrière (départ à l'étranger, indépendant, etc.). La rédaction de l'article donne une marge d'appréciation à

A/433/2012 - 11/17 - l'OAPA, puisqu'il est précisé que ne seront pénalisés que ceux qui auront consacré ce capital à un autre but que la prévoyance. Le règlement et la pratique détermineront ce qu'est une utilisation d'un capital à des fins de prévoyance et ceux qui toucheront obligatoirement un capital, en cas de rente insignifiante, ne seront pas pénalisés" (Mémorial du Grand Conseil 1991/V p. 5451). La disposition a été adoptée à l'unanimité des commissaires. Les débats parlementaires n'ont pas porté sur cette disposition. A l'occasion de la refonte complète de la loi cantonale entrée en vigueur le 1er janvier 1993, cette disposition n'a pas été rediscutée. L'exposé des motifs à l'appui du projet de loi du 29 novembre 1991 rappelle que cette disposition a été prévue "afin de prévenir les abus (...)" (Mémorial du Grand Conseil 1992/VI p. 6584). Les rapports et les débats parlementaires n'ont plus abordé cette question. Aucune disposition ne précise, ni dans la loi, ni dans le règlement, ce qu'est un but de prévoyance et si le refus d'accorder des prestations cantonales complémentaires selon l'art. 2 al. 4 LPCC doit être limité dans le temps, ou s'il faut procéder à un calcul en tenant compte du montant de la rente que l'assuré aurait perçue ou de biens dessaisis. c) Un arrêt de la Commission cantonale de recours AVS/AI/APG/PCF/PCC, alors compétente, a considéré que, dans le cas d'un assuré aux ressources limitées, l'utilisation d'une somme d'environ 8'200 fr. par an – soit 680 fr. par mois - devait être considérée comme ayant un but de prévoyance au sens de l'art. 2 al. 4 LPCC, dans la mesure où elle avait servi à la couverture des besoins vitaux de l'assuré. La juridiction cantonale avait néanmoins déduit des ressources déterminantes de l'assuré un montant annuel correspondant à la rente LPP hypothétique que ce dernier aurait perçue s'il avait placé son capital de prévoyance au taux usuel d'environ 5,5 % l'an et considéré ce montant comme un « bien dessaisi » au sens des art. 5 al. 1 let. j et 7 al. 3 LPCC (arrêt du 13 février 2002 en la cause 197/01). Le Tribunal cantonal des assurances sociales a eu l'occasion de juger qu'une interprétation restrictive de l'art. 2 al. 4 LPCC se justifiait et que l'on ne saurait étendre la notion de but de prévoyance à d'autres cas que la couverture des besoins vitaux. S'il s'avère qu'au moment de sa demande, l'assuré n'aurait pas encore épuisé son capital s'il l'avait utilisé à la couverture de ses besoins vitaux ainsi qu'à ceux de sa famille, le droit aux prestations complémentaires cantonales doit être nié (ATAS/755/2005). Le manque nécessaire à la couverture des besoins vitaux doit être, le cas échéant, couvert par les prestations d'assistance (ATAS 1583/2009). Le Tribunal a estimé que "le but du législateur a ainsi été d'éviter d'éventuels abus, lesquels pourraient survenir lorsque celui qui a choisi le capital, dilapide celui-ci sans se préoccuper de l'avenir puis demande immédiatement les prestations cantonales complémentaires. Il apparaît ainsi que l'intention du législateur n'a pas été de priver un assuré du droit aux prestations cantonales complémentaires lorsque

A/433/2012 - 12/17 - ses ressources n'atteignent pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale au moment où le capital aurait, quoi qu'il en soit, été épuisé s'il avait servi à la couverture des besoins vitaux". Plus récemment, la Cour de céans a confirmé le calcul du SPC, qui avait tenu compte des besoins vitaux du couple, selon les montants prévus par le droit cantonal et y avait ajouté les montants des frais médicaux à charge de l'assuré, résultant des déclarations fiscales, ainsi que les frais de dentiste justifiés par factures. Le calcul effectué impliquait que si l'assuré et son épouse avaient utilisé le capital LPP dans un but de prévoyance, il devrait encore rester à leur disposition un montant de l'ordre de

57'213 fr, 55 au 31 octobre 2010, alors qu'au 31 décembre 2009, le solde de leur compte s'élevait à 16'462 fr. 05 (ATAS/389/2011).

E. 11

Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 12

En l'espèce, l'assurée a perçu 156'412 fr. le 3 septembre 2002 de la Bâloise, 22'760 fr. le 7 janvier 2002 de Swiss Life et 6'753 fr. le 24 juin 2003 d'un compte de libre-passage. Ces deux derniers montants n'ont pas été pris en compte par le SPC, qui a admis le remboursement de l'assurée à sa sœur pour l'achat d'une voiture, ainsi que diverses dépenses (vacances, meubles, dentiste). A cet égard, la décision est conforme au droit et n'est pas une faveur accordée à l'assurée, dès lors que selon le titre marginal du projet de loi, le texte de l'art. 2 al. 4 LPCC et les débats parlementaires, seul le capital de prévoyance professionnelle est concerné, soit celui du 2ème pilier selon la LPP, à l'exclusion du 3ème pilier, qui doit être considéré comme de l'épargne. C'est ainsi à juste titre que le SPC a considéré, à l'instar de la jurisprudence concernant le désistement rendue en application du droit fédéral, que l'assurée n'avait pas dépensé cette fortune-là sans contrepartie, puisqu'elle a acheté une voiture (12'500 fr.), des meubles, payé son dentiste (3'000 fr.) et pris des vacances (4'500 fr.). Il appartenait le cas échéant au SPC d'exiger de l'assurée la preuve des dépenses faites, s'il entendait tenir compte d'une partie de cette fortune au titre du dessaisissement. Il est exact que le SPC aurait pu déduire du 3ème pilier l'impôt y afférant (environ 1'100 fr. sur un total de 9'187 fr.), sans en tenir compte dans les dépenses déduites du capital du 2ème pilier, ce qui serait moins favorable à l'assurée. En tout état, au vu de l'amortissement annuel de 10'000 fr., cette fortune de moins de 30'000 fr. en 2003 était réduite à zéro lors de la demande de prestations en 2007. Le litige porte donc exclusivement sur la manière de prendre en compte le capital LPP de 156'412 fr. reçu en septembre 2002, pour l'octroi des prestations cantonales dès le 1er janvier 2011.

A/433/2012 - 13/17 -

E. 13

En préambule, il sied brièvement de rappeler que le législateur cantonal a adopté l'art. 2 al. 4 LPCC concernant les conséquences de la perception d'un capital LPP en lieu et place d'une rente, disposant de la latitude accordée par la LPC pour fixer les conditions d'octroi de prestations cantonales, supplémentaires aux prestations fédérales. Cette norme est inconnue du droit fédéral et la jurisprudence du Tribunal fédéral qui applique les règles du dessaisissement au capital LPP est rendue exclusivement en matière de prestations fédérales. Elle a au demeurant été correctement appliquée par le SPC concernant l'octroi de ces prestations-là. La jurisprudence cantonale a déjà confirmé que le texte de la disposition et la volonté du législateur empêchaient d'étendre la notion de "but de prévoyance", tout en précisant que l'interprétation de la loi ne permettait pas de retenir que l'assuré était totalement et définitivement privé de prestations complémentaires lorsqu'il consacrait son capital à son entretien. Le but de prévoyance est donc atteint lorsque le capital est utilisé

pour constituer une rente viagère, acquérir un logement ou pour la couverture des besoins vitaux de l'assuré et de sa famille. La Cour a également admis que la couverture des besoins vitaux devait être calculée conformément aux normes et barèmes déterminants pour l'octroi des prestations complémentaires cantonales, en y ajoutant les dépenses effectives prouvées et incontournables (impôts, notamment sur le capital LPP, frais de santé, etc.). C'est ainsi à tort que l'assurée prétend que sa liberté personnelle lui donne le droit de dépenser l'intégralité de son capital LPP en 7 ans, car même si ses dépenses n'ont en effet rien d'excessif ou de somptuaire (vacances, frais de voiture, etc.), elles dépassent les barèmes cantonaux en matière de prestations complémentaires, seuls déterminants pour l'octroi desdites prestations. Cela étant, il s'avère que l'interprétation de la loi faite par le SPC et la Cour pourrait conduire à une solution insoutenable et consacrer une inégalité de traitement. D'une part, ce calcul, appliqué à l'assuré qui opte pour le capital, pourrait le placer dans une situation plus défavorable que celle qui lui serait réservée s'il avait perçu une rente. Or, le législateur cantonal a seulement voulu éviter - à situation financière égale - de devoir verser des prestations complémentaires plus élevées à l'assuré qui a dilapidé son capital qu'à celui qui perçoit une rente. D'autre part, l'assuré qui opte pour le capital, alors qu'il aurait droit à une petite rente, est préterité par rapport à celui qui, en raison d'un capital important ou d'une affiliation à une institution de prévoyance plus généreuse, aurait droit à une rente LPP élevée. Les ressources globales du premier (AVS et LPP) lui donneraient droit aux prestations complémentaires, alors que celles du second - eu égard au montant élevé de sa rente LPP - l'excluraient, alors qu'ils seraient privés tous deux de prestations jusqu'à épuisement du capital LPP. Ce calcul est au demeurant difficilement praticable et source d'erreurs, car il est effectué a posteriori, lorsque l'assuré a épuisé son capital et sollicite des prestations complémentaires. En raison du temps écoulé, il ne lui sera souvent plus possible de prouver ses dépenses réelles en matière de frais de

A/433/2012 - 14/17 - maladie, le montant admis fiscalement n'étant qu'une partie de celles-ci. D'ailleurs, le calcul effectué par le SPC en l'espèce ne tient pas compte des impôts fédéraux que l'assurée allègue pourtant avoir payés, et retient un montant de prime d'assurance maladie effectif très différent de celui mentionné par l'assurée, dont rien n'indique qu'elle a bénéficié d'un subside partiel du SAM avant 2007. Le législateur a voulu éviter les abus de la part des assurés qui n'optent pas pour une rente de retraite qui leur aurait permis d'assurer à vie, en complément de l'AVS, l'essentiel de la couverture de leurs besoins, mais dépensent leur capital, puis obtiennent des prestations complémentaires auxquelles ils n'auraient pas eu droit en cas de rente. On peut donc raisonnablement estimer que la loi permet de tenir compte de la situation financière qui aurait été la leur s'ils avaient perçu une rente LPP. Afin de déterminer le droit aux prestations en cas de versement d'un capital, il faut donc établir quelle aurait été la situation financière de l'assuré en cas de versement d'une rente, à tout le moins pour vérifier si le calcul de la couverture des besoins vitaux ne lui est pas défavorable.

E. 14

En l'occurrence, il est établi que si l'assurée avait opté pour une rente LPP, celle-ci aurait été de 11'204 fr. par an dès le 1er juillet 2002, sans augmentation ultérieure. Additionnée à sa rente AVS (22'896 fr.), ses ressources auraient alors été de 34'100 fr., sans aucun rendement de sa fortune, car celle-ci aurait été inexistante. Les dépenses reconnues par le droit fédéral, selon le barème cantonal déterminant pour le cas d'espèce sont le forfait, le loyer et la prime d'assurance maladie moyenne cantonale. Pour l'année 2007, année du dépôt de la demande

de prestations, le plan de calcul aurait été le suivant: Dépenses

Ressources Forfait

24'134 fr.

Rente AVS 23'988 fr. Loyer

8'256 fr.

Rente LPP 11'204 fr Ass. Mal. 5'088 fr. Totaux

37'478 fr.

35'192 fr. Différence

2'286 fr. Prestations: couverture de la prime d'assurance en totalité et paiement des frais de maladie sous déduction de l'excédent de revenus.

A/433/2012 - 15/17 - En janvier 2011, début de la période incluse dans l'objet du litige, le calcul aurait été le suivant: Dépenses

Ressources Forfait

25'342 fr.

Rente AVS 25'188 fr. Loyer

8'256 fr.

Rente LPP 11'204 fr. Ass. Mal 5'400 fr.

PCF

2'031 fr. Totaux

38'998 fr.

38'423 fr. Différence

575 fr. Prestations: couverture de la prime d'assurance en totalité et paiement des frais de maladie sous déduction de l'éventuel excédent. Il est ainsi établi que l'assurée n'aurait pas eu droit à des prestations complémentaires cantonales, le paiement de sa prime d'assurance maladie étant couvert par les prestations fédérales, si elle avait opté pour le versement d'une rente LPP au lieu du capital, de sorte que le SPC était fondé à effectuer le calcul de la couverture des besoins vitaux avec ce capital. A cet égard, le montant des dépenses justifiées retenu par le SPC pourrait être erroné sur plusieurs plans, l'assurée faisant valoir de 2002 à 2009 des impôts fédéraux (3'162 fr.), la totalité de ses primes d'assurance maladie, sans subsides jusqu'en 2007 (5'690 fr.), ainsi que des frais de maladie plus élevés que ceux retenus (dentiste, pédicure, maladie et ostéopathie : 8'417 fr.), soit 17'269 fr. supplémentaires de dépenses. D'une part, celles-ci ne sont pas prouvées par pièces, malgré le délai fixé à la recourante pour ce faire. D'autre part, il est vraisemblable que ces frais n'auraient pas tous été admis selon les barèmes cantonaux (frais de pédicure s'ils ne sont pas prescrits par un médecin, voire d'ostéopathie, ceux de verres de contact ayant déjà été exclus à ce titre). En effet, si l'on retient le forfait cantonal pour les besoins, rien ne justifie d'admettre des frais médicaux prouvés, mais excédent ceux remboursés aux bénéficiaires de PC. Finalement, en admettant ces déductions supplémentaires, le capital de l'assurée devrait encore s'élever à 51'537 fr. au 31 décembre 2009, l'assurée n'ayant pas fait valoir de

dépenses en 2010 et 2011. En conséquence, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que si l'assurée avait consacré son capital LPP à la couverture de ses besoins vitaux, elle devrait encore disposer d'un capital de près de 50'000 fr. au 31 décembre 2010, date déterminante pour les prestations cantonales dès le 1er janvier 2011. Le recours, mal fondé, est donc rejeté.

A/433/2012 - 16/17 -

E. 15

Si l'assurée sollicite à nouveau des prestations complémentaires cantonales à l'avenir, il lui appartiendra de prouver par pièces la réalité des dépenses précitées depuis 2002, afin qu'elles soient correctement prises en compte et que les calculs soient effectués à nouveau depuis 2002 par le SPC. En effet, le tableau n'est qu'une annexe à la décision de refus de prestations et il n'a donc pas force de chose jugée. Le remboursement des frais médicaux n'est pas visé par la décision querellée et sort donc de l'objet du litige. La Cour se bornera à attirer l'attention de l'assurée sur le fait qu'il ressort du tableau récapitulatif produit qu'elle a assumé d'importants frais médicaux et aucune pièce du dossier n'établit qu'elle aurait obtenu le remboursement de ces frais par le SPC, à concurrence des limites légales et, après déduction de l'éventuel excédent de revenus. Elle a donc l'opportunité de transmettre au SPC l'ensemble de ses factures de frais de maladie des 15 derniers mois, qui pourront le cas échéant être remboursés à concurrence des limites fixées par le canton en la matière.

A/433/2012 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ 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

Irène PONCET

La présidente

Juliane 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.