

GE_GERICHTE A/1125/2012 vom 21. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1125_2012

FR: GE_GERICHTE A/1125/2012 du 21 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1125/2012 del 21 novembre 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à Genève recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, 1208 Genève intimé EN FAIT Madame P _____, née en 1939, est au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente AVS depuis le 1^{er} octobre 2002. Le 7 juillet 2011, le Service des prestations complémentaires (ci-après le SPC ou l'intimé) a entrepris la révision périodique du dossier de l'assurée et l'a invitée à retourner de nombreux documents. Par décision du 18 octobre 2011, le SPC a informé l'assurée qu'il avait repris le calcul de ses prestations complémentaires avec effet au 1^{er} janvier 2011 en tenant compte de l'augmentation de son épargne et de ses intérêts. La nouvelle situation laissant apparaître que ses dépenses sont entièrement couvertes par ses revenus de sorte que l'assurée n'aura plus droit, dès le 1^{er} novembre 2011, à des prestations complémentaires mensuelles. En revanche, elle restait bénéficiaire du subsidé LAMal. Par ailleurs, pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 octobre 2011, elle a perçu trop de prestations, à hauteur de 11'760 fr., montant dont le SPC réclamait le remboursement dans les 30 jours. Sur la décision figurait la mention que cette décision n'est pas définitive et que le SPC reprendra le calcul des prestations dès qu'il sera en possession des pièces réclamées en annexe, à savoir copies des justificatifs de l'augmentation des avoirs, notamment l'augmentation de la fortune (2'415 fr. en 2002 et 119'624 fr. en 2010), et copies des relevés en capital et intérêts à la fin de chaque année de décembre 2005 au 31 décembre 2009. Le 18 novembre 2011, l'assurée a communiqué au SPC ses relevés bancaires des années 2005 à 2009. Elle a rappelé qu'elle avait remis en septembre 2011 la copie de l'avis de crédit bancaire représentant le deuxième pilier déclaré au RMCAS à l'époque, montant qui a augmenté le solde du compte. Pour le surplus, elle a indiqué que l'augmentation de sa fortune jusqu'en 2010 était due à ses économies accumulées au fil des années. Par décision du 25 novembre 2011, le SPC a informé l'assurée avoir repris le calcul des prestations complémentaires avec effet au 1^{er} janvier 2007 en procédant à la mise à jour de son épargne et des intérêts y relatifs. Selon la nouvelle situation, elle n'aura plus droit à des prestations complémentaires mensuelles dès le 1^{er} décembre 2011, mais restera bénéficiaire du subsidé de l'assurance-maladie. Il apparaît au surplus qu'elle a perçu trop de prestations pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 novembre 2011, soit un montant de 37'128 fr., qu'elle était invitée à rembourser dans le délai de 30 jours. Par courrier recommandé du 20 décembre 2011, l'assurée relève en premier lieu que la lettre recommandée du 18 octobre ne lui est pas parvenue, car elle s'est absentée quelques jours à ce moment-là, et que par la suite elle n'a plus reçu d'autres courriers entre ce dernier et leur lettre du 14 novembre. Elle rappelle que les prestations avaient été accordées légalement en son temps par l'intermédiaire d'une demande conseillée et remplie par le RMCAS et conteste le fait qu'elle ait refusé ou tardé à remettre les renseignements demandés. Elle soutient qu'aucun document ne lui a jamais été réclamé

durant les années précédentes. En août 2011, elle avait remis dans la boîte intérieure du SPC près de la porte les documents requis qui n'ont pas été enregistrés très rapidement par le SPC et elle a été surprise de recevoir en septembre des rappels non justifiés. Malgré son incompréhension, elle lui a adressé le 17 novembre 2011 un courrier recommandé avec documents joints et explications et a versé le même jour la somme de 11'760 fr. En ce qui concerne la somme énorme réclamée par courrier du 25 novembre 2011, elle relève que l'importance de ce montant dépasse très largement son droit de retrait au 31 décembre 2011, entraînant des frais bancaires à sa charge. Les économies réalisées également à cause de douleurs cervicales qui limitent ses gestes et déplacements peuvent éventuellement être utiles en cas d'ennuis de santé ou autres aléas de la vie qui peuvent survenir à tous. Elle annonce qu'elle va maintenant se libérer de ce carcan en versant en deux fois le montant réclamé. Le 22 décembre 2011, PRO SENECTUTE a adressé un courrier au SPC suite à la décision de restitution du 25 novembre, au terme duquel, vu les explications reçues, l'assurée a décidé de restituer le montant qui est dû, 37'128 fr. au total, à raison de 13'220 fr. à fin décembre et 23'908 fr. courant janvier. L'assurée, de nature inquiète, avait demandé à PRO SENECTUTE d'appuyer sa demande sachant que le paiement ne pourrait pas se faire dans le délai imparti à fin décembre 2011. Par courrier recommandé du 4 janvier 2012, l'assurée a informé le SPC avoir pris contact le 3 janvier avec le secrétariat de Monsieur Q_____ et qu'elle restait dans l'attente de sa réponse. Le 11 janvier 2012, le SPC a accusé réception de l'opposition de la recourante du 20 décembre 2011. Par décision du 12 mars 2012, le SPC a rejeté l'opposition, motif pris que lors de la révision de dossier, il est apparu que l'assurée n'avait pas informé spontanément et régulièrement leur service de l'évolution de ses avoirs bancaires depuis de nombreuses années. Les nouveaux calculs effectués aboutissent à une demande de remboursement de 37'128 fr. Par courrier recommandé du 2 avril 2012 adressé au SPC, l'assurée a tenu à s'exprimer sur l'importance de la restitution en plus des 11'760 fr. déjà remboursés. Cette réclamation de 37'128 fr. ne lui paraît pas juste, car si son capital a augmenté, c'est en raison des économies. Elle ne pensait pas que cela l'obligerait à fournir un relevé. Ce courrier a été communiqué par le SPC à la Cour de céans, en date du 11 avril 2012, comme objet de sa compétence. Dans sa réponse du 9 mai 2012, le SPC a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée. Par écriture du 9 juin 2012, la recourante a exposé que les prestations qui lui ont été accordées l'ont été légalement depuis fin 2002 et qu'elles sont citées « non remboursables » dans la brochure imprimée par le SPC. Quant au solde de son compte bancaire, il a progressé au fil des mois depuis 2007 environ. De plus, le montant d'environ 10'000 fr. qui a été crédité provient du deuxième pilier et a été versé par ELVIA. La recourante souligne que jamais aucun document ne lui a été réclamé avant 2011 par l'intimé. Elle estime qu'elle n'est pas coupable d'avoir accumulé des prestations accordées légalement et citées non remboursables pour des motifs et des articles de loi qui ne correspondent pas à son cas. La recourante explique que durant les années 2000, elle a eu beaucoup de soucis et que son esprit n'était pas branché sur le solde de son compte, ni sur les sommes accumulées progressivement. Elle considère que la deuxième somme réclamée par l'intimé est injuste. Elle considère qu'il n'y a pas de faute grave et estime avoir donné suffisamment d'arguments valables pour contester une décision aussi draconienne. Elle rappelle avoir remboursé en novembre 2011 la somme de 11'760 fr., mais n'approuve pas la deuxième somme réclamée de 37'128 fr. La Cour de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle en date du 11 juillet 2012. La recourante a annulé cette audience, invoquant des douleurs cervicales. L'audience appointée le 12 septembre

2012 a été à nouveau annulée par la recourante, pour des raisons de santé. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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 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. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} 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). 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. 1^{er} LPGA; cf. également art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité - LPFC; J 7 10) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC prévoit les mêmes voies de droit. Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable sous cet angle (art. 56 al. 1, 58 al. 1 et 60 LPGA; art. 43 LPCC). L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimé est fondé à réclamer à la recourante la restitution du montant de 37'128 fr. représentant des prestations perçues en trop pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 novembre 2011. a) Aux termes de l'art. 4 al. 1^{er} let. a LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). L'art. 3 al. 1^{er} LPC prévoit que les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b). Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède le revenus déterminants. b) Pour les personnes vivant à domicile, les dépenses reconnues comprennent notamment les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit par année 19'050 fr. pour les personnes seules, le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs à concurrence du montant annuel maximum de 13'200 fr. pour les personnes seules, le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins à hauteur du montant maximum de la prime moyenne cantonale ou régionale (cf. art. 10 LPC). Selon l'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 pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 25'000 fr. (37'500 fr. dès le 1^{er} janvier 2011) pour les personnes seules (let. c), les rentes AVS (let. d). a) À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a 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). L'art.

25 al. 1 et 2 LPGA correspond au régime légal antérieur, en particulier à l'ancien art. 47 LAVS (ATF 130 V 318 consid. 5.2). Dans cette mesure la jurisprudence rendue sous l'ancien droit conserve son actualité et des problèmes particuliers de droit transitoire ne se posent pas (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar. 2^{ème} éd. 2009, n. 9 ad art. 25 LPGA). b) Selon la jurisprudence, 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. Comme par le passé, soit avant l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003, l'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la jurisprudence rendue à propos de l'ancien art. 47 al. 1 LAVS ou de l'ancien art. 95 LACI (p. ex., ATF 129 V 110 consid. 1.1, 126 V 23 consid. 4b, 122 V 21 consid. 3a), 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. 5.2). Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. 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 de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau (ATF non publié P 61/ 2004 consid. 5). Ce nonobstant, il y a lieu de réserver la possibilité pour l'assuré de former une demande de remise qui fera l'objet d'une décision séparée (art. 25 al. 1, 2^{ème} phrase LPGA et art. 4 al. 4 et 4 al. 5 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (RS 830.11 - OPGA). a) En l'espèce, lors de la révision périodique du dossier en 2011, l'intimé a découvert que les avoirs bancaires de la recourante avaient augmenté considérablement depuis plusieurs années. En effet, les relevés bancaires de la recourante laissent apparaître une augmentation de la fortune au cours des dernières années, qui a passé de 44'492 fr. 15 au 31 décembre 2006 à 119'624 fr. 60 au 31 décembre 2010. Il s'agit-là à l'évidence d'un fait nouveau qui justifie une révision avec effet rétroactif. Ainsi, en notifiant la décision de restitution le 25 novembre 2011, l'intimé a respecté les délais d'un an et de cinq ans prévus à l'art. 25 al. 2 LPGA. Selon les nouveaux plans de calcul établis par l'intimé après la mise à jour de l'épargne et des intérêts y relatifs, il s'ensuit une diminution des prestations complémentaires pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010 et la suppression de toutes prestations complémentaires dès le 1^{er} janvier 2011, les dépenses de la recourante étant alors entièrement couvertes par ses revenus. Elle reste cependant encore bénéficiaire du subside d'assurance-maladie, à concurrence du maximum de la prime moyenne mensuelle de 450 fr. La Cour de céans constate que durant la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 novembre 2010, la recourante a perçu des prestations complémentaires fédérales et cantonales à hauteur de 55'728 fr., alors qu'elle aurait dû recevoir 18'600 fr. Le trop perçu s'élève ainsi à 37'128 fr., montant que la recourante doit restituer. b) La recourante allègue avoir déjà remboursé le montant de 11'760 fr. La Cour de céans relève à cet égard que ce montant correspond aux prestations complémentaires versées à tort du 1^{er} janvier au 31 octobre 2011 et qu'il a fait l'objet de la décision de restitution du 18 octobre 2011. Il ne saurait par conséquent être pris en compte dans le cadre du présent litige. c) Reste réservée la question de la remise, pour autant que la recourante remplisse les conditions de bonne foi et de situation financière difficile (art. 25 al. 1 2^{ème} phrase LPGA). Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure est gratuite (art. 61

let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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.