

GE_GERICHTE A/1290/2013 vom 3. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1290_2013

FR: GE_GERICHTE A/1290/2013 du 3 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/1290/2013 del 3 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après l'assuré), né en 1956, père de AB _____, née en 1992, AC _____, née en 1996 et AD _____ née en 2000, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) le 31 octobre 2002. [endif]> [if] 2. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations d'invalidité de l'assuré, le Dr L _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a mis en évidence un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques dans son expertise du 30 décembre 2010. [endif]> [if] 3. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès du SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après le SPC) en date du 15 mai 2012. [endif]> [if] Il a joint à sa demande une décision de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) du 24 avril 2012 lui reconnaissant le droit à une rente entière dès le 1 er mars 2002, ainsi que diverses pièces dont des relevés de comptes bancaires, des polices d'assurance et le jugement du Tribunal de première instance du 31 août 2009 prononçant la séparation de corps entre l'assuré et son épouse et attribuant la garde de AB _____ et AC _____ à celui-ci, AD _____ étant confiée à la garde de sa mère. 4. Selon le registre de l'OFFICE CANTONAL DE LA POPULATION, l'assuré et son épouse ont divorcé le 9 juin 2012. [endif]> [if] 5. Par courrier du 4 juillet 2012, le SPC a requis de l'assuré la production jusqu'au 3 août 2012 des pièces suivantes: [endif]> [if] - certificats d'assurance-maladie de 2002 à 2009 pour son épouse; [endif]> [if] - déclaration concernant les biens immobiliers signée par son épouse; [endif]> [if] - relevés des avoirs bancaires de son épouse de 2001 à 2008; [endif]> [if] - attestations de salaires de son épouse pour 2003, 2006, 2007, 2008; [endif]> [if] - copies des décomptes d'indemnités journalières versées à son épouse par des assurances complémentaires en cas de maladie ou d'accident ou par l'assurance-chômage en 2004, 2005 et 2009; [endif]> [if] - certificats d'assurance-maladie de AB _____ de 2002 à 2010; [endif]> [if] - relevés des avoirs bancaires de AB _____ de 2001 à 2009; [endif]> [if] - certificats d'assurance-maladie de AD _____ de 2002 à 2012; [endif]> [if] - relevés des avoirs bancaires de AD _____ de 2001 à 2011; [endif]> [if] - certificats d'assurance-maladie de AC _____ de 2002 à 2012; [endif]> [if] - relevés des avoirs bancaires de AC _____ de 2001 à 2011; [endif]> [if] - justificatifs du versement de la pension alimentaire par l'assuré en 2009, 2010 et 2011; [endif]> [if] - certificats d'assurance-maladie de l'assuré de 2002 à 2012; [endif]> [if] - copie du bail à loyer signé et de ses avenants; [endif]> [if] - justificatif du compte de libre-passage

au 31 décembre 2011 si l'assuré possédait un tel compte; ![endif]>![if> - relevés des comptes postaux et bancaires de l'assuré de 2001 à 2010; ![endif]>![if> - attestations de salaires de l'assuré et un de ses enfants pour 2003; ![endif]>![if> - attestation de salaire 2008; ![endif]>![if> - décision de la Direction du logement relative à l'allocation du logement; ![endif]>![if> - indications sur les moyens d'existence en 2002 et 2010 avec tous les justificatifs; ![endif]>![if> - copies des décomptes d'indemnités journalières versées à l'assuré par des assurances complémentaires en cas de maladie ou d'accident ou par l'assurance-chômage de 2004 à 2009; ![endif]>![if> - décision de rente de la prévoyance professionnelle (sic); ![endif]>![if> - justificatifs du montant de la rente de l'assurance-accident; ![endif]>![if> - déclaration d'impôt 2011. ![endif]>![if> Si l'assuré ne disposait pas de justificatifs, il était invité à en informer le SPC par écrit. 6. Le 6 août 2012, le SPC a imparti un délai au 2 septembre 2012 à l'assuré pour lui faire parvenir les pièces requises. ![endif]>![if> 7. Le SPC a adressé un deuxième rappel à l'assuré en date du 3 septembre 2012 en lui accordant un délai pour la remise des pièces au 17 septembre 2012. Le rappel mentionnait que la non-remise des justificatifs demandés dans le délai imparti entraînerait la suspension du traitement de la demande de prestations et que le début du droit aux prestations ne pourrait alors prendre effet qu'à partir du mois où le SPC serait en possession de tous les documents utiles. ![endif]>![if> 8. Par courrier reçu par le SPC le 27 septembre 2012, l'assuré s'est référé à un rappel du SPC et a indiqué que son retard s'expliquait par sa maladie et les difficultés dans les recherches de pièces. Compte tenu des tensions avec son épouse, il n'avait pas pu obtenir tous les documents. Il invitait dès lors le SPC à s'adresser à cette dernière pour qu'elle transmette directement les pièces la concernant. ![endif]>![if> Il a joint à son courrier les documents suivants: - bail à loyer et avis de majoration; ![endif]>![if> - décisions d'octroi d'allocation de logement du 11 novembre 2009 et du 22 mars 2012; ![endif]>![if> - polices d'assurance 2002, 2003, 2004, 2007, 2008, 2009, 2010, 2012 de l'assuré; ![endif]>![if> - polices d'assurance 2001 à 2010 de son épouse; ![endif]>![if> - police d'assurance 2007 de AC _____; ![endif]>![if> - demande de compensation de la Caisse de chômage auprès de l'OAI portant sur des prestations de 33'743 fr. versées à l'assuré de septembre 2009 à septembre 2010; ![endif]>![if> - décomptes d'indemnités de chômage de l'assuré; ![endif]>![if> - attestation du 31 mai 2012 de l'assureur-accidents portant sur les indemnités journalières versées du 20 mars 2001 au 30 septembre 2009; ![endif]>![if> - courrier du 27 mars 2012 de l'institution de prévoyance professionnelle révisant le droit aux prestations de l'assuré et relevant qu'un nouveau calcul portant sur les prestations du 17 mars 2001 au 30 septembre 2009 lui serait prochainement adressé. Les prestations du 1 er octobre 2009 au 31 mai 2012, comprenant les rentes pour enfant, s'élevaient à 21'154 fr. 30; ![endif]>![if> - attestation du 25 septembre 2012 de l'épouse de l'assuré certifiant avoir toujours reçu la pension alimentaire due pour leur fille AD _____ depuis la séparation de 2009; ![endif]>![if> - confirmation de Postfinance selon laquelle l'assuré a ouvert un compte auprès de cette institution le 23 juin 2008; ![endif]>![if> - relevés du compte postal de l'assuré de 2008 à 2011; ![endif]>![if> - relevés du compte de l'assuré auprès de la BCGE de 2001 à 2011; ![endif]>![if> - relevés de compte de l'assuré auprès de l'UBS de 2003 à 2011; ![endif]>![if> - relevés de compte de l'épouse de l'assuré auprès de l'UBS pour 2005 et 2007; ![endif]>![if> - relevé de compte postal de AC _____ pour 2011; ![endif]>![if> - contrat de travail à durée déterminée de l'épouse de l'assuré du 1 er mars au 31 août 2007; ![endif]>![if> - décompte provisoire d'assistance de l'Hospice du 22 décembre 2009 pour l'épouse de l'assuré et AD _____; ![endif]>![if>

- décomptes de l'assurance-chômage de l'épouse de l'assuré en 2004 et 2005;![endif]>![if> - déclarations fiscales de 2004 et 2011.![endif]>![if> 9. Par décision du 9 octobre 2012, le SPC a indiqué à l'assuré que celui-ci n'avait pas remis la totalité des justificatifs demandés dans le délai de trois mois prévu à cet effet par les directives. Dès lors, l'examen de sa demande de prestations était suspendu et celle-ci serait traitée avec effet au 1^{er} jour du mois de réception des documents requis. ![endif]>![if> 10. Par courrier du 10 octobre 2012, l'assuré a fait valoir qu'il n'avait pas respecté le délai de trois mois en raison de problèmes familiaux et médicaux. Il avait été incapable de gérer son courrier. Son avocat avait obtenu un délai au 28 septembre 2012 et son dossier avait été déposé au SPC le 27 septembre 2012. ![endif]>![if> Il a joint à son envoi les déclarations sur ses biens mobiliers et immobiliers ainsi que la police d'assurance-maladie de AC_____ pour 2012. 11. Le 6 novembre 2012, l'assuré, par son mandataire, a signalé qu'il avait fait élection de domicile en l'étude de ce dernier. Il s'est implicitement opposé à la décision du 9 octobre 2012 et s'est référé à une annexe à cette décision, aux termes de laquelle il manquait trois pièces parmi celles qui avaient été demandées. L'assuré les avait immédiatement fournies, en sus du nombre impressionnant de documents déjà réunis à la suite de la demande du 4 juillet 2012, de sorte que le SPC était en possession d'un dossier complet. Celui-ci était dès lors invité à statuer sur le droit aux prestations complémentaires. ![endif]>![if> 12. Par courrier du 26 novembre 2012, l'assuré a communiqué au SPC diverses informations sur les frais encourus pour sa fille AD_____. ![endif]>![if> 13. Par décision du 29 novembre 2012 adressée directement à l'assuré, le SPC a reconnu le droit de celui-ci à des prestations complémentaires fédérales et cantonales dès le 1^{er} octobre 2012. La fortune prise en compte était de 51'000 fr. et correspondait notamment à une épargne de 114'209 fr. 65.![endif]>![if> 14. Le 17 décembre 2012, le SPC a fait parvenir à l'assuré les plans de calcul pour les prestations complémentaires dès le 1^{er} janvier 2013. ![endif]>![if> 15. Par écriture du 14 janvier 2013, l'assuré, par son mandataire, a déclaré s'opposer à la décision du 29 novembre 2012. Il a contesté que le droit aux prestations débute le 1^{er} octobre 2012 seulement. Se référant aux dispositions réglementaires, il a rappelé que si la demande de prestations était déposée dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'assurance-invalidité, le droit aux prestations prenait naissance le mois de la demande de rente mais au plus tôt dès le début du droit à la rente. En l'espèce, l'assuré avait obtenu une rente entière dès le 1^{er} mars 2002. Partant, il avait droit aux prestations complémentaires dès l'année 2002. Il contestait de plus la fortune retenue dans le calcul des prestations complémentaires. Il avait en effet dû rembourser de nombreuses dettes et ne disposait ainsi plus d'aucune fortune.![endif]>![if> 16. Par décision du 31 janvier 2013, le SPC a indiqué qu'il avait recalculé le droit aux prestations complémentaires pour 2013. Il en résultait un trop-versé de 4 fr., sur lequel était accordée une remise. ![endif]>![if> 17. Par courrier du 4 février 2013, le SPC a exposé à l'assuré que le droit aux prestations complémentaires n'avait été accordé que dès le 1^{er} octobre 2012 en conformité aux dispositions légales et aux directives. Le droit aux prestations complémentaires aurait en théorie certes pu être reconnu dès 2002, la demande de prestations n'avait toutefois pas été complétée dans le délai maximal de trois mois prévu par la pratique administrative. S'agissant de la contestation relative à la fortune prise en compte, le SPC a requis de l'assuré les justificatifs de sa diminution. ![endif]>![if> 18. Le 27 février 2013, l'assuré s'est opposé au calcul du 31 janvier 2013 et a complété son opposition. S'agissant du délai dans lequel il avait remis les pièces requises, il a souligné que le SPC avait exigé 158 pièces dans

sa demande du 4 juillet 2012. Les trois dernières pièces manquantes avaient immédiatement été fournies et le SPC avait d'ailleurs été en mesure de statuer sur le droit aux prestations peu après leur réception. Les directives dont se prévalait le SPC ne pouvaient par ailleurs pas justifier que l'on s'écarte des dispositions légales. Selon la loi, une mise en demeure écrite avec délai de réflexion devait être adressée aux assurés avant que l'autorité ne close le dossier. L'assuré n'avait pas reçu de telle mise en demeure, et le retard dans la production des pièces était excusable compte tenu de la très importante quantité de documents demandés. Le nombre de pièces manquantes était de surcroît trop restreint pour justifier la suspension de l'instruction. L'assuré a également transmis divers justificatifs sur la diminution de sa fortune. ![endif]>![if> 19. Le SPC a partiellement admis les oppositions du 14 janvier et du 27 février 2013 par décision du 12 mars 2013. S'agissant de la fortune mobilière, il a retenu un dessaisissement de 45'381 fr. 85. Le début du droit aux prestations complémentaires restait en revanche fixé au 1^{er} octobre 2012. Le SPC a souligné que les trois pièces manquantes qu'il a affirmé avoir mentionnées dans une liste annexée à sa décision du 9 octobre 2012 étaient nécessaires au calcul des prestations avec effet ex nunc . En revanche, de très nombreuses pièces indispensables au calcul des prestations dès 2002 manquaient encore, parmi lesquelles: ![endif]>![if> - décision de rente LPP (sic) pour la période du 16 mars 2003 au 30 septembre 2009;![endif]>![if> - attestations du montant des indemnités de chômage 2009 et 2010; ![endif]>![if> - attestation de fin de versement des indemnités journalières du chômage; ![endif]>![if> - primes d'assurance-maladie de l'assuré de 2004 à 2006; ![endif]>![if> - relevés des deux comptes auprès de l'UBS pour 2001, 2002;![endif]>![if> - allocation de logement du 1^{er} novembre 2002 au 31 mars 2009, ![endif]>![if> - ordre de paiement en faveur de l'Hospice général; ![endif]>![if> - relevés de comptes UBS de l'épouse de l'assuré pour 2002 à 2008; ![endif]>![if> - attestations de salaire de l'épouse de l'assuré pour 2009; ![endif]>![if> - attestations de salaires de l'épouse de l'assuré pour les 2^{ème} et 3^{ème} emplois en 2007; ![endif]>![if> - attestations de salaires de l'épouse de l'assuré pour les quatre emplois en 2006;![endif]>![if> - attestation de salaire pour 2003; ![endif]>![if> - déclarations immobilière et mobilière;![endif]>![if> - polices d'assurance-maladie de 2002 à 2010 pour AB_____;![endif]>![if> - relevé de compte bancaire ou postal de 2001 à 2009 pour AB_____; ![endif]>![if> - décision de rente LPP (sic) pour la période du 16 mars 2003 au 30 septembre 2009 pour AB_____;![endif]>![if> - polices d'assurance-maladie de 2002 à 2011 pour AC_____;![endif]>![if> - relevé du compte postal de 2001 à 2009 pour AC_____; ![endif]>![if> - pièce d'identité d'AC_____; ![endif]>![if> - décision de rente LPP (sic) pour AC_____ pour la période du 16 mars 2003 au 30 septembre 2009;![endif]>![if> - polices d'assurance-maladie de 2002 à 2009 pour AD_____;![endif]>![if> - relevé de compte bancaire ou postal de 2001 à 2008 pour AD_____.!endif]>![if> 20. Par décision du 5 avril 2013, le SPC a refusé la prise en charge de certains frais médicaux au motif que ceux-ci étaient antérieurs au début du droit aux prestations complémentaires. !endif]>![if> 21. L'assuré s'est opposé à cette décision le 15 avril 2013. !endif]>![if> 22. Le 23 avril 2013, l'assuré interjette recours contre la décision sur opposition du 12 mars 2013. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation, à l'annulation de la décision du 29 novembre 2012 et à l'octroi de prestations complémentaires fédérales et cantonales dès le 1^{er} mars 2002. !endif]>![if> Il relève en préambule que bien qu'il ne considère pas que le montant retenu à titre de dessaisissement de 45'381 fr. 85 soit justifié, il renonce à le contester faute de preuves

suffisantes. S'agissant en revanche du début du droit aux prestations, il rappelle que sa demande de prestations complémentaires est intervenue dans les six mois suivant la reconnaissance du droit à la rente. Quant à la production de pièces, les dispositions légales et réglementaires ne prévoient pas qu'elles doivent être fournies dans un certain délai. L'assuré souligne qu'il a fourni de très nombreux documents au mois de septembre 2012 malgré les importants troubles psychiques dont il souffre. Le SPC n'en a pas accusé réception et a décidé de suspendre l'examen de la demande par décision du 9 octobre 2012. Les pièces manquantes ont été fournies par courrier du 10 octobre 2012. Par la suite, le SPC n'avait jamais donné suite à l'opposition du 6 novembre 2012. L'assuré admet que selon la loi, lorsque l'assuré refuse de collaborer de manière inexcusable, l'assureur peut clore le dossier après une mise en demeure écrite, mais considère qu'en l'espèce, les conditions ne sont pas remplies. En effet, c'est en raison de son état de santé et donc pour un motif excusable qu'il n'a pas été en mesure de fournir plus tôt la totalité des documents requis. Son attitude ne peut du reste pas être comprise comme un refus de collaborer puisqu'il avait remis une grande quantité de pièces au SPC peu avant la décision de suspension. Le SPC n'a quant à lui pas adressé de mise en demeure et l'assuré déclare ne pas se souvenir d'avoir reçu le deuxième rappel du SPC du 3 septembre 2012. Il est par ailleurs douteux que le délai de moins de deux semaines imparti dans ce document soit convenable. L'assuré soutient de plus que le SPC disposait de toutes les pièces utiles au moment de sa décision puisqu'il les a produites le 10 octobre 2012. Il aurait dès lors pu octroyer des prestations de manière rétroactive dès 2002. L'assuré souligne encore que les directives invoquées par le SPC sont contraires au droit, comme cela ressort de la jurisprudence. L'assuré produit notamment l'annexe à la décision du SPC du 9 octobre 2012 qui indique que les pièces manquantes sont la copie du certificat d'assurance 2012 d'AC _____ et les déclarations de biens immobiliers et d'avoirs bancaires accompagnée des relevés de compte au 31 décembre 2011. 23. Dans sa réponse du 16 mai 2013, le SPC conclut au rejet du recours et produit le dossier complet de l'assuré. 24. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'assuré par courrier du 21 mai 2013. 25. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG 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 du 25 octobre 1968 (LPCC; RSG J 4 25). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, en vigueur depuis le 1 er janvier 2003, s'applique aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 er al. 1 er LPC). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 9 de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 4 20], art. 43 LPCC). 4. Le litige porte sur la date à partir de laquelle l'assuré a droit à des prestations complémentaires. Du point de vue procédural, la décision querellée statue sur les oppositions du 14 janvier 2013 à la décision du 29 novembre 2012 et du 27 février 2013

à la décision du 31 janvier 2013. En revanche, l'opposition du 6 novembre 2012 à la décision du 9 octobre 2012 n'a pas été traitée par le SPC. Partant, elle ne fait pas formellement l'objet de la contestation. Toutefois, dans la mesure où elle porte sur le même point que la décision dont est recours, le SPC sera lié par les considérants du présent arrêt. Le montant de la fortune retenue à titre de dessaisissement n'est en revanche pas contesté. La prise en charge des frais médicaux qui ont fait l'objet de la décision du 5 avril 2013 ne fait pas non plus partie de l'objet du litige dès lors que la décision dont est recours ne statue pas sur ce point. 5. L'art. 29 LPGA dispose que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (al. 1). Les assureurs sociaux remettent gratuitement les formules destinées à faire valoir et à établir le droit aux prestations; ces formules doivent être transmises à l'assureur compétent, remplies de façon complète et exacte par le requérant ou son employeur et, le cas échéant, par le médecin traitant (al. 2). Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (al. 3).!endif]>!if> Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. 6. L'art. 12 al. 1 er LPC dispose que le droit à une prestation complémentaire annuelle prend naissance le premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies. Conformément à l'art. 12 al. 4 LPC, le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le paiement des arriérés de prestations; il peut réduire la durée prévue à l'art. 24, al. 1, LPGA.!endif]>!if> Selon l'art. 22 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI; RS 831.301), si la demande d'une prestation complémentaire annuelle est faite dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI, le droit prend naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente (al. 1). L'alinéa précédent est applicable lorsqu'une rente en cours de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité est modifiée par une décision (al. 2). Le droit à des prestations complémentaires déjà octroyées mais n'ayant pu être versées au destinataire s'éteint si le paiement n'est pas requis dans le délai d'une année (al. 3). 7. Il y a lieu de déterminer si l'art. 22 al. 1 OPC-AVS/AI permet de déroger à l'art. 24 al. 1 LPGA, en d'autres termes si le versement rétroactif des prestations complémentaires peut porter sur une période supérieure à cinq ans. !endif]>!if> On notera en préambule que le délai fixé par l'art. 24 al. 1 LPGA n'est pas un délai de prescription mais de péremption (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich, 2 ème éd. 2009, n. 13 ad art. 24). La péremption a pour effet l'extinction du droit (Ulrich HÄFELIN/ Georg MÜLLER/ Felix UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5 ème éd., Zurich 2006, n. 795). Selon la lettre claire de l'art. 12 al. 1 LPC, la délégation de compétence confère au Conseil fédéral la possibilité de réduire la durée de cinq ans prévue à l'art. 24 al. 1 LPGA, mais non de l'augmenter. De plus, l'art. 22 al. 1 OPC-AVS/AI ne prévoit pas expressément que les prestations complémentaires peuvent être versées dès le début du droit à la rente même lorsque ce dernier a été fixé plus de cinq ans avant la demande. Cette disposition doit donc être interprétée conformément au cadre légal et ne peut faire échec au délai quinquennal prévu à l'art. 24 al. 1 LPGA. Le

Tribunal fédéral a au demeurant relevé que le Conseil fédéral a fait usage de la délégation de compétence que lui confère l'art. 12 al. 1 LPC en édictant l'art. 22 al. 3 OPC-AVS/AI et qu'il n'existe pas d'autre disposition d'exécution s'écartant de l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 138 V 298 consid. 5.2.2). Partant, le droit à des prestations complémentaires arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. En l'espèce, l'assuré ne peut donc pas prétendre à l'octroi de prestations pour la période antérieure à mai 2007. 8.

L'art. 43 LPGA régit l'instruction de la demande. Il précise que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al.

3). L'obligation de collaborer ancrée à l'art. 43 LPGA a une portée générale en assurances sociales et vaut ainsi également dans le domaine des prestations complémentaires (ATFA non publié 9C_180/2009 du 9 septembre 2009 consid. 4.2.1). La violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'est déterminante que si elle n'est pas excusable (ATF non publié 8C_567/2007 du 2 juillet 2008, consid. 6.3). Il doit ainsi s'agir d'une violation fautive, qui suppose que le comportement de l'intéressé n'est pas compréhensible. Cette condition est réalisée lorsqu'il n'existe aucun fait justificatif (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd. 2009, n. 51 ad art. 43).

9. Les Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) publiées par l'OFAS, dans leur teneur valable dès le 1^{er} janvier 2012, ont la teneur suivante. Si l'assuré fait valoir son droit par une demande écrite ne répondant pas aux exigences formelles exposées ci-dessus, l'organe PC doit lui envoyer une formule adéquate en l'invitant à la remplir. La date de réception de la première pièce est alors déterminante quant aux effets juridiques du dépôt de la demande, pour autant que la formule officielle de demande ainsi que les informations et autres documents utiles soient déposés dans les trois mois qui suivent (ch. 1110.02). Si le délai susindiqué n'est pas respecté, la PC n'est versée qu'à partir du mois au cours duquel l'organe PC est en possession des documents utiles (v. no 2121.02). L'organe PC doit rendre l'assuré attentif au fait que faute de production des informations utiles dans le délai indiqué, un versement rétroactif de la PC à compter du mois de l'annonce ne peut pas entrer en ligne de compte (ch. 1110.03). Si l'assuré fait valoir son droit par une demande écrite ne répondant pas aux exigences formelles, ou s'il n'a pas envoyé toutes les informations et autres documents utiles, le droit à la PC ne peut prendre naissance à partir du mois où la demande lacunaire a été présentée que dans la mesure où l'intéressé représente sa demande au moyen du formulaire approprié dans les trois mois qui suivent, ou complète sa demande en présentant les informations et autres documents utiles dans les trois mois qui suivent. A défaut, le droit à la PC ne peut prendre naissance pour la première fois qu'à partir du mois où l'organe PC est en possession de la demande correcte et de toutes les informations et autres documents utiles (v. no 1110.03) (ch. 2121.02). 10. Il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur le versement de prestations complémentaires avant le mois d'octobre 2012, en analysant si les conditions prévues par l'art. 43 al. 3 LPGA sont remplies. En premier lieu, la Cour de céans relèvera que le SPC a certes adressé un

rappel assorti d'une mise en demeure à l'assuré. Ce dernier allègue qu'il ne l'aurait pas reçu. Or, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale. L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié 8C_412/2011 du 30 avril 2012, consid. 3.2). En l'espèce, le SPC a expédié son courrier par pli simple et il n'existe aucun indice permettant d'établir que cette correspondance a bien été adressée et reçue. En particulier, la présence d'une copie de ce courrier dans le dossier du SPC n'est pas déterminante (ATF non publié 9C_711/2009 du 26 février 2010, consid. 4.3). Le fait que l'assuré ait par la suite produit des pièces n'est pas non plus pertinent dès lors que son envoi pouvait faire suite aux courriers du SPC du 4 juillet ou du 6 août 2012. On relève à cet égard que dans son échange de correspondance avec le SPC du 6 novembre 2012 et du 27 février 2013, l'assuré s'est référé à la demande de pièces du 4 juillet 2012 et n'a pas évoqué le 2^{ème} rappel de septembre 2012. Ainsi, rien ne démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que celui-ci ait bien été reçu. Par conséquent, la première condition – soit la mise en demeure de l'assuré – n'est pas réalisée. De plus, même s'il fallait admettre que l'assuré s'est bien vu signifier une mise en demeure, on ne saurait considérer que l'ultime délai de moins de quinze jours imparti à cet effet est convenable pour rassembler la très conséquente liste de pièces demandées par le SPC, dont certaines dataient de plus de 10 ans. Enfin, l'assuré a produit la très grande majorité des pièces requises par le SPC le 26 septembre 2012. Au vu de ces éléments, le SPC ne pouvait raisonnablement considérer que l'assuré refusait de collaborer à l'instruction de sa demande, et ce même si certains des documents fournis ne correspondaient pas exactement à ceux qui étaient exigés. De plus, compte tenu des explications accompagnant ces documents, on ne peut considérer que le comportement de l'assuré était incompréhensible. Le caractère inexcusable du défaut de collaboration n'est ainsi pas non plus réalisé. Pour ces motifs déjà, la décision du SPC doit être annulée. Par surabondance, du point de vue formel, il convient de relever que plusieurs des documents requis par le SPC sont inutiles dès lors qu'ils portent sur la période antérieure à octobre 2007 ou sur la situation financière de l'épouse de l'assuré après la séparation. De plus, certaines des pièces dont le SPC a souligné l'absence dans sa décision sur opposition du 12 mars 2013 ont en réalité été produites par l'assuré. Il s'agit notamment des certificats d'assurance de l'assuré pour 2004 et 2005 et des décomptes des indemnités journalières versées à l'assuré par des assurances complémentaires et le chômage. D'autres pièces ont été exigées pour la première fois dans la décision sur opposition, par exemple les attestations de salaire de l'épouse de l'assuré pour 2006, 2007 et 2009, l'allocation de logement du 1^{er} novembre 2002 au 31 mars 2009 – étant précisé que l'assuré a produit une des décisions relatives à cette prestation, l'attestation de fin de versement des indemnités de chômage, l'ordre de paiement en faveur de l'Hospice général et la pièce d'identité d'AC_____. Enfin, certains documents tels que diverses attestations de salaire, les pièces portant sur les prestations de la prévoyance professionnelle avant 2009 et les décomptes bancaires des enfants de l'assuré ont été exigés, alors que rien n'indique que l'assuré et ses proches aient bénéficié de telles prestations et qu'on ne trouve en particulier aucun élément dans ce sens dans le dossier du SPC, pourtant censé produit dans son intégralité. On ajoutera que l'assuré ayant divorcé en juin 2012, il n'avait pas accès à

certain documents concernant son épouse et ne pouvait contraindre celle-ci à les fournir. Il a d'ailleurs invité le SPC à s'adresser directement à cette dernière. 11. Le SPC invoque également les directives à l'appui de sa décision. S'agissant de ces directives, la Cour de céans rappellera que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative; elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2; ATFA non publié I 174/03 du 28 décembre 2004, consid. 4.4). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. I, 3^{ème} éd., Berne 2012, p. 428, n. 2.8.3.3). Or, le délai de péremption de la demande de trois mois fixé dans ces directives n'est pas prévu dans la loi. L'art. 43 LPGA ne prévoit aucune période maximale pour réunir les documents nécessaires au traitement de demandes de prestations. La LPC et l'ordonnance d'exécution ne contiennent pas non plus de tel délai. Partant, les directives excèdent le cadre légal en tant qu'elles prévoient la forclusion des prétentions des assurés n'ayant pas fourni tous les documents utiles dans les trois mois suivant leur demande. L'art. 43 al. 3 LPGA dispose certes qu'un délai convenable doit être imparti à l'assuré. Cette disposition ne constitue cependant pas une base légale suffisante pour fixer de manière forfaitaire dans les directives un délai de trois mois applicable à toutes les demandes, sans que ne soient prises en considération les circonstances particulières de chaque cas. La décision de non entrée en matière qui peut être rendue après mise en demeure conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, suppose en outre que ce soit de manière inexcusable que l'assuré n'ait pas donné suite aux mesures d'instruction de l'assurance. Dans la mesure où les directives ne reprennent pas cette condition, elles ne sont pas conformes au droit et ne suffisent dès lors pas à fonder la décision querellée. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée au SPC afin que celui-ci calcule le droit aux prestations complémentaires dès mai 2007 après avoir cas échéant complété l'instruction de la demande avec la collaboration de l'assuré. L'assuré, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule les décisions du SPC du 29 novembre 2012, du 31 janvier 2013 et du 12 mars 2013. 4. Renvoie la cause au SPC pour nouvelle décision au sens des considérants. 5. Condamne le SPC à verser à l'assuré une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. 6. Dit que la procédure est gratuite. 7. 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

cantonaies. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.