

GE_GERICHTE A/145/2012 vom 20. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_145_2012

FR: GE_GERICHTE A/145/2012 du 20 mars 2012

IT: GE_GERICHTE A/145/2012 del 20 marzo 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.03.2012
A/145/2012

A/145/2012 ATAS/297/2012 du 20.03.2012 (PC), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/145/2012
ATAS/297/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20 mars
2012 2ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à Thônex recourant
contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, route de Chêne 54, 1208
Genève intimé EN FAIT Monsieur C _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en
1974, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1 er novembre 1999 au 30
novembre 2000, et dès le 1 er janvier 2001 par décision du 15 juillet 2003. Il a sollicité des
prestations complémentaires en remplissant le formulaire de demande le 9 juin 2003. Il a été
mis au bénéfice desdites prestations et du subside de l'assurance-maladie dès le 1 er
novembre 1999, selon décision du 11 mars 2004 de l'Office cantonal des personnes âgées
(OCPA devenu en 2008 le Service des prestations complémentaires, ci-après le SPC ou
l'intimé). Au mois de janvier 2006, l'OAI a entrepris une révision de la rente d'invalidité,
mis en œuvre des mesures professionnelles et versé à l'assuré des indemnités journalières,
sous déduction du cumul avec la rente d'invalidité. Les indemnités journalières ont été
payées jusqu'au 15 juin 2008. Dès cette date, l'assuré n'a reçu ni indemnité journalière, ni
rente AI. Par décision du 15 décembre 2008, le SPC a informé l'assuré qu'il n'avait plus
droit aux prestations complémentaires dès le 1 er mai 2008 dès lors qu'il n'était plus au
bénéfice d'une rente de l'AI dès cette date. Le Service a également requis la restitution d'un
montant de 17'320 fr., correspondant aux prestations complémentaires versées à tort du 1 er
mai au 31 décembre 2008. Une décision similaire a été notifiée s'agissant des subsides de
l'assurance-maladie pour un montant à restituer de 3'200 fr. L'assuré ne s'est pas opposé à
ces décisions. Divers rappels lui ont été adressés au sujet du remboursement de l'indu, puis
des poursuites. Par décision du 18 décembre 2009, l'OAI a accordé à l'assuré une rente
entière d'invalidité versée dès le 1 er juin 2008, et a ainsi payé à l'assuré 23'575 fr. d'arriérés
de rente. Par communication du 1 er juin 2010, l'OAI a informé l'assuré que son degré
d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'il
continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité: 100%). Le
11 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations complémentaires auprès du
SPC. Il y précise qu'il était au bénéfice de prestations complémentaires jusqu'au 30 avril
2008. Il ressort des pièces bancaires déposées que les parents de l'assuré lui ont versé
chaque mois une somme allant de 3'500 fr. à 5'000 fr. dès janvier 2009. Par décision du 1 er
novembre 2010, confirmée sur opposition le 30 novembre 2010, le SPC a octroyé à l'assuré
des prestations complémentaires et des subsides de l'assurance-maladie dès le 1 er octobre
2010. L'assuré bénéficie dès cette date d'une rente d'invalidité de 1'288 fr. et de prestations
complémentaires de 2'150 fr., ainsi que de la prise en charge de sa prime d'assurance

maladie à concurrence de 436 fr. Dans le cadre du recours déposé le 29 décembre 2010, l'assuré indique que c'est à tort que son cas a été traité comme une nouvelle demande et qu'il devrait recevoir des prestations complémentaires dès le 1^{er} juin 2008. En effet, ses prestations complémentaires ont été suspendues suite à une erreur de l'OAI. Par arrêt du 31 mai 2011, la Cour de céans a partiellement admis le recours. Elle a considéré que l'assuré sollicitait tant des prestations pour l'avenir que pour le passé, de sorte qu'il demandait une révision ou une reconsidération de la décision du 15 décembre 2008 mettant fin aux prestations complémentaires dès le 30 avril 2008, alors que le SPC avait traité sa demande uniquement sous l'angle d'une nouvelle demande, sans examiner si les conditions d'une révision ou d'une reconsidération étaient réalisées. Constatant que cette demande de révision était formée bien au-delà du délai de 90 jours dès la connaissance du motif de révision, la Cour a renvoyé la cause au SPC, afin d'examiner l'ensemble des conditions d'une révision, cas échéant les raisons pour lesquelles l'assuré aurait agi tardivement. Dans le même sens, et s'agissant de la reconsidération, la cause a été renvoyé à l'intimé pour qu'elle décide si elle acceptait ou non d'entrer en matière sur une reconsidération de sa décision du mois de décembre 2008. Par pli du 15 juin 2011, l'assuré a demandé au SPC d'être entendu oralement. Par pli du 12 juillet 2011, le SPC lui a fixé un délai au 5 août 2011 pour exposer de manière précise les motifs pour lesquels il n'a déposé sa demande de prestations qu'en date du 11 octobre 2010, alors que la décision de l'OAI avait été rendue le 18 décembre 2009. Après prolongation du délai imparti au 31 août 2011, l'assuré a exposé par pli du 26 août 2011 que lors de la réactivation de sa rente d'invalidité, il a demandé comment réactiver les prestations complémentaires et il lui a été répondu que l'information suivrait. Il ne s'est pas inquiété, compte tenu de la lenteur prise pour traiter son cas depuis le début. Ne voyant rien venir, il s'est rendu au SPC le 11 octobre 2010 pour se renseigner et il lui a été indiqué qu'il devait déposer une demande complète. L'assuré termine en sollicitant à nouveau un entretien, une explication de vive-voix étant préférable. Par décision du 13 septembre 2011 sur demande en révision/reconsidération, le SPC rejette la demande de révision et refuse d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. Il retient, d'une part, que les explications de l'assuré concernant les informations données par l'OAI ne sont étayées par aucun document, et que de surcroît, il n'ignorait pas qu'il devait informer le SPC du rétablissement de sa rente AI pour prétendre à des prestations complémentaires, ayant été régulièrement rappelé, à la fin de chaque année, sur son obligation générale de renseigner le SPC. Ainsi, l'assuré n'a pas été empêché, au sens de l'art. 41 LPGA, d'informer le SPC du rétablissement de sa rente AI. Par pli du 5 octobre 2011, l'assuré a formé opposition à la décision, estimant stupide de lui refuser une entrevue et regrettable de s'entêter dans une décision erronée. Le SPC a sollicité la mainlevée définitive d'opposition au Tribunal de première instance le 6 décembre 2011, l'assuré ayant formé opposition au commandement de payer notifié s'agissant de la restitution de 17'320 fr. et 3'200 fr. Par décision sur opposition du 22 décembre 2011, le SPC confirme sa décision, à défaut de motivation différente de celle déjà exposée par l'assuré antérieurement. Par pli du 19 janvier 2012, l'assuré forme recours contre la décision sur opposition, estimant que le SPC persiste à tort à le considérer comme un cas nouveau, qu'il s'agit d'une erreur du SPC qui l'empêche de percevoir des prestations rétroactives depuis le 1^{er} juin 2008. Lors de l'audience du 6 mars 2012, l'assuré a, dans un premier temps, affirmé avoir perçu jusqu'à fin 2008 sa rente d'invalidité et les prestations complémentaires, de sorte que c'était à réception de la décision du SPC du 15 décembre 2008 qu'il avait appris qu'il n'avait plus droit à une rente AI depuis le 1^{er} mai 2008 (recte le 1^{er} juin 2008). Il est ensuite revenu sur ses déclarations,

admettant que le versement de la rente AI avait bien été supprimé dès le 1^{er} juin 2008, de sorte que, lors de la décision de l'OAI du 18 décembre 2009, il avait bien reçu le rétroactif de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2008 au 31 décembre 2009. L'assuré a confirmé qu'à réception de la décision du 18 décembre 2009, il avait téléphoné à l'OAI pour s'enquérir du versement des prestations complémentaires, n'expliquant pas pourquoi il ne s'était pas directement adressé au Service des prestations complémentaires. L'assuré affirme qu'un employé de l'OAI, qui n'était pas son gestionnaire et dont il ne connaît pas le nom, lui a affirmé au téléphone que la décision de l'OAI serait communiquée au SPC et que sa décision suivrait. L'assuré indique avoir rappelé de temps en temps, mais ne s'être jamais adressé au SPC jusqu'en octobre 2010, ne s'inquiétant pas durant dix mois, car toutes les décisions prenaient passablement de temps. Jusqu'en octobre 2010, il n'a perçu que sa rente AI de 1'288 fr./mois et a vécu, pour le reste, de ses économies. L'assuré a admis que de décembre 2009 à octobre 2010, il n'avait pas été empêché de déposer une demande, mais avait cru les informations données selon lesquelles la réactivation de la rente AI impliquait celle des prestations complémentaires. Le représentant du SPC a indiqué que dans la mesure où le service avait refusé de reconsidérer sa décision, il refusait également de la refuser partiellement, en renonçant à la poursuite _____, concernant le remboursement des prestations versées du 1^{er} mai 2008 au 31 décembre 2008. A l'issue de l'audience, 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. 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Ses dispositions s'appliquent s'applique aux prestations complémentaires versées en vertu du chapitre 2 de la LPC, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). S'agissant des prestations cantonales, l'art. 1A LPCC prévoit qu'en cas de silence de la loi, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie. Dès lors que la demande de révision/reconsidération est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, cette dernière s'applique au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur la date à laquelle prend naissance le droit de l'assuré aux prestations complémentaires, singulièrement sur la réalisation des conditions d'une demande de révision. Selon l'art. 12 LPC, 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 (al. 1). Si la demande est déposée dans les six mois suivant l'admission dans un home ou un hôpital, le droit aux prestations prend naissance le premier jour du mois au cours duquel l'admission a eu lieu, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies (al. 2). Ce droit s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des conditions dont il dépend cesse d'être remplie (al. 3). Aux termes de l'art. 22 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (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 1 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). Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Il s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2; ATF non publié 9C_557/2010, consid. 4.1). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5; ATF non publié 8C_601/2009 du 31 mai 2010, consid. 4.2). a) A teneur de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Si des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve – susceptibles d'aboutir à une autre appréciation juridique – ne sont découverts qu'après coup, des décisions déjà passées en force doivent être revues d'office et appréciées une nouvelle fois (Directives de l'OFAS concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, n° 4750.01 DPC). Au niveau cantonal, la révision et la

reconsidération sont prévues à l'art. 43A al. 1 et 2 LPCC, dont la teneur est identique à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. b) Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 561/06 du 28 mai 2007, consid. 4). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA) et de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) (ATF U 57/06 du 7 février 2007, consid. 3.1). c) S'agissant de la reconsidération, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer, selon la jurisprudence, les décisions, mais elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc et les références; 117 V 8 consid. 2a). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe pas. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué par la voie d'un recours ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies. L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2). Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (voir notamment Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258). En l'espèce, la décision de l'OAI, rétablissant le droit du recourant à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} juin 2008, est datée du 18 décembre 2009. C'est à ce moment-là que le recourant a appris qu'il continuerait à avoir droit ou qu'il avait à nouveau droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008, de sorte que la demande du 11 octobre 2010 est formée bien au-delà du délai de 6 mois prévu par les dispositions applicables en matière de prestations complémentaires pour permettre l'octroi avec effet rétroactif à la rente d'invalidité. C'est sur cette base que le SPC a alloué des prestations dès le dépôt de la demande en octobre 2010 et il a déjà été jugé que, sur ce point, la décision querellée était conforme au droit. S'agissant de l'examen de la demande sous l'angle de la révision, il s'avère que la demande de prestations du 11 octobre 2010 a été formée plus de 90 jours dès la connaissance du motif de révision, soit la décision de l'OAI du 19 décembre 2009, de sorte que la demande de révision apparaît à première vue tardive. L'assuré ne fait valoir aucun motif de restitution de délai fondé sur l'art. 41 LPGA, ou en raison d'un autre motif, mais prétend qu'il aurait été mal informé par l'OAI. On ne peut pas exclure qu'un employé de l'OAI ait indiqué à l'assuré que la décision rétablissant son droit à une rente d'invalidité serait communiquée au SPC qui réactiverait son dossier, mais l'assuré se contente de l'affirmer sans que l'on puisse retenir que ce fait est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. D'une part, l'assuré n'explique pas pourquoi il ne s'est pas adressé au SPC mais à l'OAI, alors que lors de l'octroi initial de sa rente d'invalidité en 2003, il a formé une demande de prestations complémentaires à l'OCPA, n'attendant alors pas que l'OAI transmette d'office sa décision à l'OCPA. D'autre part, une telle information aurait été

manifestement erronée, tant il est vrai que toute décision de l'OAI octroyant ou modifiant une rente d'invalidité doit être communiquée au SPC dans les 6 mois dès sa notification pour impliquer une modification des prestations complémentaires avec effet à la même date que la rente d'invalidité. Finalement, l'assuré avait bénéficié de prestations complémentaires depuis 2003 et avait régulièrement été informé de son devoir d'informer le SPC de toute modification de sa situation, de sorte que l'on ne comprend pas pourquoi il n'a pas, à tout le moins, transmis la décision de l'OAI au SPC, même sans remplir un formulaire de demande, s'il croyait à la réactivation de son dossier. A défaut de rendre vraisemblable que l'OAI aurait donné à l'assuré une fausse information, il ne sera pas nécessaire d'examiner quels effets juridiques cette information aurait eu sur les prestations dues par le SPC. C'est ainsi à juste titre que le SPC a rejeté la demande de révision de l'assuré. Enfin, s'agissant de la reconsidération, le juge ne peut pas contraindre l'administration à entrer en matière, bien qu'il s'avère manifestement que si l'assuré s'était adressé à l'Hospice général pour être assisté du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009, au lieu d'être aidé par ses parents, l'Hospice général aurait sans aucun doute possible fait déposer à l'assuré une demande au SPC dès la décision de l'OAI de décembre 2009. On peut en tout cas regretter que le SPC n'ait pas examiné la possibilité d'une reconsidération partielle, consistant à ne pas octroyer les prestations dues du 1^{er} janvier 2009 au 30 septembre 2010, mais au moins à renoncer à réclamer la restitution des prestations versées du 1^{er} mai 2008 (la décision aurait dû les supprimer dès le 1^{er} juin 2008 seulement) jusqu'au 31 décembre 2008 et ainsi retirer la poursuite intentée. Il est ainsi loisible à l'assuré d'adresser à la direction du SPC une demande de reconsidération partielle en ce sens, étant précisé que le principe de l'égalité de traitement ne s'oppose nullement à une telle reconsidération, mais qu'il est inutile de recourir contre un refus, pour les motifs exposés. Le recours, mal fondé, est rejeté. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.