

## **GE\_GERICHTE A/1500/2015 vom 25. November 2015**

GE Cour de justice, 2015-11-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1500\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1500_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1500/2015 du 25 novembre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1500/2015 del 25 novembre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENÈVE intime EN FAIT 1. Depuis 2002, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'intéressée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1939, était au bénéfice du subside d'assurance-maladie versé par le service des prestations complémentaires (ci-après le SPC). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, ledit subside s'élevait à CHF 500.- par mois, selon décision du SPC du 15 décembre 2014. 2. Selon un avis de sortie du 20 décembre 2014 des Hôpitaux universitaires de Genève, SMIR Beau-Séjour, (ci-après HUG), l'intéressée avait été admise à l'hôpital le 10 novembre 2014 et était sortie le 19 décembre 2014. Une note au dossier du 26 février 2015 mentionne que suite à un téléphone du 6 février 2015, l'intéressée avait été transférée dans un nouveau service, car elle ne pouvait retourner à domicile. 4. Par décision du 2 mars 2015, le service des prestations complémentaires (ci-après le SPC) a réclamé à l'intéressée la restitution d'un montant de CHF 1'000.- correspondant au subside d'assurance-maladie indûment versé pour les mois de janvier et février 2015. Cette décision a été prise suite au recalcul des prestations revenant à l'intéressée. 5. Par courrier du 17 mars 2015, l'intéressée a formé opposition. Elle expose avoir reçu à la fin de l'année 2014 une attestation de subside pour toute l'année 2015 à raison de CHF 500.- par mois. Or, elle a reçu une décision de remboursement pour les mois de janvier et février 2015. Elle conteste cette annulation du subside qui lui avait été accordé par écrit et par téléphone par l'une des conseillères du SPC. L'intéressée explique avoir passé cinq mois à l'hôpital à Genève, qu'elle a subi deux opérations et qu'elle doit y retourner pour subir une autre intervention. 6. Selon un avis de sortie des HUG du 18 mars 2015, le SPC a été informé du séjour à l'hôpital de l'intéressée du 12 février 2015 au 17 mars 2015. 7. Par décision du 20 avril 2015, le SPC a rejeté l'opposition de l'assurée, motif pris que l'intéressée était entrée dans un hôpital le 10 novembre 2014, raison pour laquelle il a procédé à un calcul de prestations complémentaires selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2015, conformément aux directives applicables en matière de prestations complémentaires. Or, il est ressorti de ces calculs une diminution de l'excédent de ses dépenses ce qui a pour effet la perte du droit au subside d'assurance-maladie. Partant, la décision de restitution du subside d'assurance-maladie doit être confirmée. Le SPC ajoute toutefois qu'il a été informé le 23 mars 2015 que la bénéficiaire était retournée vivre à domicile le 17 mars 2015, de sorte le secteur « mutations » rendra dans les meilleurs délais une nouvelle décision tenant compte de cet événement. 8. Par acte du 6 mai 2015, l'intéressée interjette recours. Elle relève que le subside d'assurance-maladie pour l'année 2015 lui avait déjà été accordé par téléphone et par écrit. Tout cela est arrivé pendant son

hospitalisation à l'hôpital de Genève pour deux opérations de maladies graves.

9. Dans sa réponse du 8 juin 2015, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant aux motifs exposés dans sa décision sur opposition.

10. Après communication de cette écriture à la recourante, 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les dispositions de la LPGA 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. 1<sup>er</sup> al. b LPCC).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 43 de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 - LPFC - J 7 10 ; art. 9 LPCC).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à supprimer le subside d'assurance-maladie dû à la recourante avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2015 et à lui réclamer la restitution du montant de CHF 1'000.- pour les mois de janvier et février 2015.

5. Conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires dès lors qu'elle perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants.

6. Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. L'art. 10 al. 1 LPC définit les dépenses reconnues pour les personnes vivant à domicile, soit les montants destinées à la couverture des besoins vitaux (let. a) et le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs (let. b). Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant dans un home ou un hôpital), les dépenses reconnues comprennent (art. 10 al. 2 LPC, teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011): a. la taxe journalière; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale ; b. un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles. Enfin, pour toutes les personnes, l'art. 10 al. 3 LPC comprend la liste des autres dépenses reconnues.

6. Selon l'art. 25 al. 1 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.

7. L'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA suppose que soient réalisées les conditions d'une révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) de la décision, formelle ou non, par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 p. 319 et les références). En matière de prestations complémentaires, l'art. 25 OPC-AVS/AI permet d'adapter une décision de prestations à des modifications postérieures de la situation personnelle et économique de l'assuré en raison

d'un changement de circonstances. 7. En l'espèce, l'intimé a procédé à un nouveau calcul dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 selon l'art. 10 al. 2 LPC, applicable aux personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un hôpital, dont il résulte que la recourante, n'ayant plus droit au subside d'assurance-maladie, doit restituer les subsides versés pour janvier et février 2015. La chambre de céans constate à cet égard que la décision querellée n'est pas suffisamment motivée. On ignore quel est le motif exact de la décision de révision procédurale de la décision précédente du 15 décembre 2014, l'intimé mentionnant seulement que la recourante était entrée dans un hôpital le 10 novembre 2014. Or, le calcul opéré sous l'angle de l'art. 10 al. 2 LPC suppose que la personne concernée séjourne dans un hôpital en permanence ou pour une longue période. Tel est le cas lorsqu'il apparaît, au moment de l'entrée à l'hôpital, que l'assuré ne pourra plus rentrer à domicile. Dans un arrêt du 19 juin 2009 ( ATAS/757/2009 ), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a jugé que tel était le cas de l'assuré, qui ne nécessitant plus de traitement médical ni de soins en milieu hospitalier, avait été transféré dans un hôpital en attente d'un placement en EMS et que son bail à loyer avait été résilié. Selon les pièces du dossier, la recourante a été hospitalisée du 10 novembre 2014 au 18 décembre 2014 (date de sortie le 19 décembre 2014, pour une destination E-MED), de 12 février 2015 au 17 mars 2015, date de son retour à domicile. Il résulte d'une note au dossier faisant suite à un entretien téléphonique du 26 février 2015, qu la recourante avait été transférée dans un nouveau service, car elle ne pouvait retourner à domicile. On ignore toutefois depuis quand et dans quel service la recourante a été transférée et pour quels motifs. Ce qui est déterminant, en effet, c'est de savoir si, au moment de l'entrée à l'hôpital, un retour à domicile de la recourante apparaissait improbable. Il y a ainsi lieu de déterminer pour quelles raisons la recourante a été transférée, dans quel hôpital, si elle nécessitait encore des soins en milieu hospitalier ou non et à partir de quand un retour à domicile n'apparaissait plus envisageable. La recourante allègue en effet avoir subi plusieurs interventions, ce qui pourrait expliquer la durée de l'hospitalisation. D'ailleurs, on constate qu'elle est effectivement rentrée à domicile le 17 mars 2015, puis qu'elle a été à nouveau hospitalisée du 5 avril 2015 au 15 avril 2015, date de son retour à domicile. Les éléments figurant au dossier ne permettent pas à la chambre de céans de se prononcer en toute connaissance de cause. La décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision motivée. 8. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. 9. 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 la décision du 20 avril 2015 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. 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.![endif]>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La  
présidente Juliana BALDÉ 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.