

GE_GERICHTE A/1773/2012 vom 31. Juli 2013

GE Cour de justice, 2013-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1773_2012

FR: GE_GERICHTE A/1773/2012 du 31 juillet 2013

IT: GE_GERICHTE A/1773/2012 del 31 luglio 2013

Erwägungen

E. 2

Fortune 0.00 1 0.00 1 248.35

E. 3

La fortune effective était de 27'483.70. Après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr., elle s'élevait encore à 2'483.70. En prenant en considération les montants erronés qui lui avaient été transmis, l'intimé était en réalité arrivé à la conclusion que la mère de la recourante avait droit à des prestations complémentaires cantonales annuelles de 584 fr. 60 ainsi qu'à un subside de l'assurance-maladie couvrant intégralement ses primes d'assurance-maladie (art. 22 al. 6 LaLAMal) et à la prise en charge de ses frais de maladie (art. 3 al. 4 LPCC). Dans les faits, la dépense liée aux primes d'assurance-maladie était prise en charge par le SAM sous la forme du subside précité, raison pour laquelle aucune prestation complémentaire cantonale n'avait été versée. Dans la mesure où, comme cela ressort du tableau susmentionné, les ressources effectives de la mère de la recourante lui auraient en réalité permis de couvrir ses dépenses, elle n'avait pas droit à des prestations complémentaires et, par voie de conséquence, à la couverture intégrale de ses primes d'assurance-maladie (jusqu'à concurrence de la prime cantonale moyenne) ni au remboursement des frais de maladie. b/bb) En 2009 et 2010, la situation était identique à celle prévalant en 2008 :

	2008	2009	2010
Montants erronés	18'720.00	24'906.00	18'720.00
Montants effectifs	24'906.00	18'720.00	24'906.00
PCF	13'200.00	13'200.00	13'200.00
PCC	13'200.00	13'200.00	13'200.00
PCF	5'028.00	5'028.00	5'028.00
PCC	5'028.00	5'028.00	5'028.00
Total dépenses	36'948.00	43'134.00	36'948.00
Besoins/forfait	18'720.00	24'906.00	18'720.00
Loyer net	13'200.00	13'200.00	13'200.00
Primes LAMal	5'028.00	5'028.00	5'028.00
Total dépenses	36'948.00	43'134.00	36'948.00
Revenu déterminant	21'360.00	21'360.00	21'360.00
Prestations de l'AVS	21'360.00	21'360.00	21'360.00
Fortune	0.00	1 0.00	1 385.70
Produit de la fortune	2 771.40	2 771.40	2 771.40
Rente LPP	20'949.60	20'949.60	20'949.60
total revenu	42'475.00	42'475.00	44'266.00
Dépenses reconnues - revenu déterminant	- 5'527.00	659.00	- 7'318.00

1 La fortune prise en considération dans la décision du 12 décembre 2008 était de 14'233 fr.70. Elle était ainsi nulle après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr. 2 La fortune effective était de 28'857 fr.10. Après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr., elle s'élevait encore à 3'857 fr.10. 2010 Montants erronés Montants effectifs PCF PCC PCF PCC

	2009	2010
Montants erronés	18'720.00	24'906.00
Montants effectifs	24'906.00	18'720.00
PCF	13'200.00	13'200.00
PCC	13'200.00	13'200.00
PCF	5'232.00	5'232.00
PCC	5'232.00	5'232.00
Total dépenses	37'152.00	43'338.00
Besoins/forfait	18'720.00	24'906.00
Loyer net	13'200.00	13'200.00
Primes LAMal	5'232.00	5'232.00
Total dépenses	37'152.00	43'338.00
Revenu déterminant	21'360.00	21'360.00
Prestations de l'AVS	21'360.00	21'360.00
Fortune	0.00	1 0.00
Produit de la fortune	165.05	165.05
Rente LPP	20'949.60	20'949.60
total revenu	42'475.00	42'475.00
Dépenses reconnues - revenu déterminant	- 5'323.00	863.00

1 La fortune prise en considération dans la décision du 11 décembre 2009 était de 14'233 fr.70.

Elle était ainsi nulle après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr. 2 La fortune effective était de 28'921 fr.45. Après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr., elle s'élevait encore à 3'921 fr. 45. 9. Comme indiqué précédemment, la mère de la recourante n'avait pas droit à la couverture intégrale de ses primes d'assurance-maladie. Reste cependant à déterminer si elle pouvait bénéficier de la couverture partielle des dites primes.

a) Selon l'art. 20 LaLAMal, sous réserve des exceptions prévues par l'article 27, les subsides sont notamment destinés aux assurés de condition économique modeste (let. a). A l'exception des assurés visés par l'article 20, alinéas 2 et 3 le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par le Conseil d'Etat (art. 21 LaLAMal). Aux termes de l'art. 22 al. 1 et 2 LaLAMal, le montant des subsides est fixé par le Conseil d'Etat et il dépend du revenu au sens de l'article 21 et des charges de famille assumées par l'assuré. Il peut être différent pour les enfants et les adultes.

b) Selon l'art. 10A du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : le règlement) abrogé le 31 décembre 2006, le revenu déterminant au sens de l'art. 21 LaLAMal précité est égal au revenu annuel net déterminant le taux d'impôt sur le plan des impôts cantonaux et communaux, augmenté d'un quinzième de la fortune nette. Est considérée comme fortune nette, la fortune nette déterminant le taux d'impôt. Depuis le 1er janvier 2007, le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales, du 19 mai 2005 (LRD; RS J 4 06). L'art. 12 LRD prévoit trois types de prestations, à savoir les prestations catégorielles (let. a), les prestations de comblement (let. b) et les prestations tarifaires (let. c), le subside de l'assurance-maladie correspondant à la catégorie des prestations catégorielles (art. 13 LRD). Pour les prestations catégorielles selon l'art. 12 let. a LRD, le revenu déterminant est établi sur la base des éléments retenus par l'administration fiscale cantonale pour la taxation définitive connue au 31 décembre précédant l'année d'ouverture du droit à la prestation et portant sur les revenus réalisés deux ans avant l'année d'ouverture du droit à la prestation (art. 2 et 2A du règlement d'exécution de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales du 6 décembre 2006 ; RS J 4 06.01 RRD). Selon l'art. 8 LRD, le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales est égal au revenu calculé en application des articles 4 et 5 LRD, augmenté d'un quinzième de la fortune calculée en application des articles 6 et 7 LRD. A teneur de l'art. 4 LRD, le revenu déterminant comprend notamment le rendement de la fortune mobilière (let. d), les prestations provenant de la prévoyance et d'assurances et tout autre revenu périodique (let. f), toutes les prestations sociales (let. h) et les revenus perçus en vertu des législations fédérale et cantonale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (let. i), dont à déduire, selon l'art. 5LRD, certains montants, non pertinents en l'espèce. Quant à la fortune prise en compte, elle comprend notamment l'argent comptant, les dépôts dans les banques, les soldes de comptes courants ou tous titres représentant la possession d'une somme d'argent (let. c), dont à déduire certains montants non pertinents en l'espèce. c) L'art. 10B du règlement prévoit que le revenu annuel déterminant ne doit pas dépasser les montants suivants : 2005 2006 2007 - 2010 a) Groupe A assuré seul, sans charge légale 13'000.- 13'000.- 18'000.- couple, sans charge légale 19'000.- 19'000.- 29'000.- b) Groupe B assuré seul, sans charge légale 25'000.- 23'000.- 29'000.- couple, sans charge légale 38'000.- 35'000.- 47'000.- c) Groupe C assuré seul, sans charge légale 35'000.- 30'000.- 38'000.- couple, sans charge légale 50'000.- 45'000.- 61'000.- 10. En l'espèce, selon les avis de taxation, le droit aux prestations sociales (RDU) établies par le Centre de calcul du RDU, transmis par la recourante, le revenu déterminant était le suivant

:![endif]>![if> Année Revenu annuel déterminant Montant à ne pas dépasser 2005
43'302.00 35'000.- 2006 44'600.00 30'000.- 2007 1 43'302.00 38'000.- 2008 1 44'600.00
38'000.- 2009 1 45'541.00 38'000.- 2010 1 45'156.00 38'000.- 1 A noter que dès 2007, le
revenu annuel déterminant s'établit sur la base des revenus réalisés deux auparavant. Au vu
des montants précités, la mère de la recourante ne pouvait pas non plus prétendre à des
subsides « partiels » ne couvrant que partiellement les primes d'assurance-maladie. Partant,
les subsides d'assurance-maladie ont à l'évidence été versés à tort. 11. S'agissant du
remboursement des frais médicaux, il y a lieu de retenir ce qui suit.![endif]>![if> a/aa) Sur
le plan fédéral, le droit à la prestation complémentaire annuelle a pour corollaire le droit au
remboursement des frais de maladie aux conditions de l'art. 19 de l'ordonnance sur les
prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier
1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Selon l'alinéa 1
let. f de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur détermine les frais qui
peuvent être remboursés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMAI de
l'année civile en cours. Aux termes de l'art. 6 de l'Ordonnance relative au remboursement
des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations
complémentaires (OMPC), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cette participation est
intégralement remboursée. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 14 al. 2 LPC laisse les soins aux
cantons de fixer les frais pouvant être remboursés en vertu de l'alinéa 1 de la même
disposition, qui reprend les termes de l'art. 19 al. 1 OPC-AVS/AI. Cependant, tant que les
cantons n'avaient pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14 al. 1
LPC, les art. 3 à 18 OMPC restaient applicable par analogie pour une durée maximale de
trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle LPC, le 1^{er} janvier 2008. Le 1^{er}
janvier 2011 est entré en vigueur le Règlement cantonal relatif au remboursement des frais
de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à
l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC ; RS J 4 20.04).
a/bb) L'art. 19 a de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à
l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971
(OPC-AVS/AI ; RS 831.301), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, et
l'art. 14 al. al. 6 LPC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, prévoient que
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 remboursement s'opère alors selon la
formule suivante (ch. 5019 des Directives concernant les prestations complémentaires à
l'AVS/AI [DPC]) : Frais de maladie et d'invalidité dûment établis - excédant des revenus b)
Sur le plan cantonal, l'art. 3 al. 4 LPCC prévoit que les bénéficiaires du revenu minimum
cantonal d'aide social, qui leur est garanti par le versement de prestations cantonales
complémentaires à l'AVS/AI (art. 1 al. 1 LPCC), ont droit au remboursement des frais de
maladie et d'invalidité dans les limites définies par la législation fédérale, mais seulement
jusqu'à concurrence du solde non remboursé au titre de prestations complémentaires
fédérales. b/aa) En l'espèce, il a été établi précédemment que la mère de la recourante ne
pouvait prétendre ni à des prestations complémentaires fédérales ni à des prestations
complémentaires cantonales, ses ressources étant largement suffisantes pour couvrir ses
dépenses reconnues de sorte que ses frais médicaux n'avaient pas à être pris en charge par le
SPC sauf si l'excédent de ressources ne lui permettait pas de les couvrir. Or, compte tenu
des montants de l'excédent de ressources, les frais de maladie étaient à l'évidence couverts
comme cela ressort du tableau suivant : Année Frais de maladie Excédent ressources 2005

9,80 5'491.00 2006 171,85 ? 2007 282,60 ? 2008 994,05 7'637.00 2009 808,65 7'318.00
2010 605,25 7'459.00 Partant, c'est à tort que les frais médicaux de la mère de la recourante
ont été pris en charge par l'intimé. 12. Reste à déterminer si les conditions de la restitution
sont réalisées. [endif]>![if> a/aa) En ce qui concerne les prestations complémentaires
fédérales, l'art. 25 LPGA prévoit que les prestations indûment touchées doivent être
restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne
foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1er). 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). a/bb) 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'art. 47 al. 1 aLAVS ou de l'art. 95 aLACI (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 (ATFA non publié du 14
novembre 2006, P 32/06, consid. 3 ; ATF 130 V 320 consid. 5.2 et les références). A cet
égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force
formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits
nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation
juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid.
2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision
formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est
pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la
décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable
(ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6
et les arrêts cités). S'agissant tout d'abord de la reconsidération, il sied de préciser ce qui
suit. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans
nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette
décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383
consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une
application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant
de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p.
314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à
éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un
nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les
organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la
situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne
saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont
l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs
éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et
de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale,
les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008,
consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid.
2.2). En revanche, une décision de rente est considérée manifestement erronée lorsqu'elle
découle d'une instruction lacunaire (ATFA non publié du 13 août 2003, cause I 790/01). Il
en va de même lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou

inappropriées ou lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Par ailleurs, même si une décision administrative est manifestement erronée, sa rectification doit revêtir une importance notable (ATF 126 V 46 consid. 2b, 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités). L'importance notable de la rectification a ainsi été niée lorsque le montant en jeu ne dépasse pas quelques centaines de francs, tels que 265 fr. 20, 568 fr. 10 ou encore 954 fr. 25. Par contre, la condition de l'importance notable a été retenue même lorsque la correction porte sur des montants insignifiants lorsqu'il s'agit de décisions octroyant des prestations périodiques (voir ATF 119 V 475 consid. 1c) in fine ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 34 ad Art. 53).

b) Lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGA, 31 LPC et 11 LPCC et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indu de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (ex tunc), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la restitution - une obligation de restituer (ATF 119 V 431 consid. 2, SVR 1995 IV n° 58 p. 165). Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assuré ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière de prestations complémentaires, il y a modification importante des circonstances en cas de modification annuelle de plus de 120 fr. (KIESER, op.cit, n° 7 ad Art. 31).

c) Aux termes de l'art. 25 al. 2 1ère phrase LPGA, 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. Sur ce point, la réglementation prévue par la LPGA reprend, matériellement, le contenu des anciens art. 95 al. 4 1ère phrase LACI et 47 al. 2 1ère phrase LAVS notamment, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Selon la jurisprudence relative à ces dispositions, qu'il convient également d'appliquer à l'art. 25 al. 2 précité, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Ainsi, "avoir connaissance" se rapporte au moment où l'on aurait dû, en faisant preuve de l'attention exigible et compte tenu des circonstances, constater le fait ouvrant droit à la réparation (RCC 1983 p. 108). Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; ATFA non publié du 3 février 2006, C 80/05). Selon la jurisprudence, le délai de péremption annuel de l'art. 47 al. 2 LAVS ne commence à courir que lorsque l'administration est informée de toutes les circonstances qui sont déterminantes dans le cas concret et dont la connaissance permet de conclure à l'existence, dans son principe et son étendue, d'un droit d'exiger la restitution de prestations à l'égard d'une personne déterminée. Pour que la caisse de compensation puisse s'estimer en droit d'exiger la restitution de prestations, il ne suffit donc pas qu'elle ait seulement connaissance de faits qui pourraient éventuellement créer un tel droit, ou que ce droit soit établi quant à son principe mais non quant à son étendue; il en va de même si la personne tenue à restitution n'est pas précisément connue (ATF 112 V 181 consid. 4a, 111 V 17 consid. 3; RCC 1989 p. 596 consid. 4b). En outre, il faut considérer la créance en restitution comme une créance unique et globale. Avant de rendre la décision en restitution, il faut que la somme totale des rentes versées indûment puisse être déterminée

(ATF 111 V 19 consid. 5). d) Selon l'art. 2 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), le bénéficiaire des prestations allouées indûment ou ses héritiers sont tenus de restituer. L'obligation de restituer les prestations indûment versées à un assuré défunt constitue une dette de la succession et passe, sauf répudiation de la succession, aux héritiers de ce dernier (ATF 105 V 82 consid. 3, 96 V 73 consid. 1), même lorsque l'administration n'a pas fait valoir la créance en restitution du vivant de la personne tenue à restitution (ATF 129 V 70 consid. 3 et l'arrêt cité). En effet, les droits et les obligations pécuniaires du de cujus qui ressortissent au droit public sont transmis aux héritiers avec le reste de son patrimoine ; par conséquent, la dette en restitution du défunt devient une dette personnelle des héritiers. L'obligation de restitution du de cujus passe aux héritiers (à condition qu'ils acceptent la succession) même lorsqu'elle n'a pas encore fait l'objet d'une décision; il suffit pour cela que la dette découle d'un rapport de droit que l'assuré a créé de son vivant. En vertu du principe de l'universalité de la succession, les héritiers peuvent, même dans ce cas, être recherchés personnellement (RCC 1959 p. 402 consid. 2, 1970 p. 578 consid. 1). Conformément à l'art. 603 al. 1 CC, les héritiers sont solidairement responsables des dettes du de cujus . La solidarité des héritiers répond aux conditions des art. 143 ss CO, dont il ressort que chaque héritier peut être recherché individuellement pour les dettes de la succession, non pas seulement pour sa quote-part, mais pour l'intégralité de la dette. Les créanciers de la succession ont dès lors le choix de rechercher soit tous les héritiers en même temps, l'un après l'autre ou encore un seul des héritiers. Tous les héritiers restent engagés jusqu'à ce que la totalité de la dette soit remboursée (voir art. 144 CO). Dans un arrêt non publié B 103/1995 du 16 mai 1995, le Tribunal fédéral a ainsi jugé qu'un seul héritier pouvait être poursuivi pour la totalité de la dette (ATF 129 V 70). Dès lors que la créance en restitution porte sur des prestations versées (en trop) à la bénéficiaire pour la période allant de décembre 2005 à novembre 2010 inclus et relève d'un rapport de droit créé du vivant de celle-ci, l'obligation de restitution a passé à la recourante, même si la décision y relative n'a été prise qu'après le décès de sa mère. 13. a) Conformément à l'art. 33 LaLAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA (al.1). Lorsque les subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire de prestations du SPC, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie (al. 2).! [endif] > ! [if > b) Quant aux prestations complémentaires cantonales, l'art. 24 al. 1 LPCC stipule que les prestations indûment touchées doivent être restituées. En cas de silence de la LPCC, les prestations complémentaires cantonales sont régies par la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales (let. a) et la LPGA et ses dispositions d'exécution (let. b) conformément à l'art. 1A LPCC. Cela étant, même avant l'entrée en vigueur de la LPGA et la modification de l'art. 1A LPCC, les modalités de restitution prévues par le droit fédéral étaient déjà applicables par analogie en matière de prestations complémentaires cantonales (voir ATF non publié 2P.189/2002 du 14 octobre 2004, consid. 2.2). 14. a) En l'espèce, il est établi que la mère de la recourante a, à tort, bénéficié de subsides de l'assurance-maladie ainsi que du remboursement de ses frais de maladie jusqu'à son décès, en raison de la violation de son obligation de communiquer. En effet, si le SPC est certes tenu d'établir d'office les faits, il n'en demeure pas moins que la mère de la recourante s'était engagée, en signant sa demande de prestations du 22 août 2003, à informer l'intimé de tout changement dans sa situation personnelle, dans ses revenus, son patrimoine et dans ses dépenses. Or, il convient de constater que les rentes LPP ainsi que l'état de sa fortune ont augmenté de manière importante, passant de 20'949 fr. (rentes LPP en 2003) à 22'308 fr. (rentes LPP en

2010) respectivement de 14'233 fr. 70 (fortune en 2003) à 28'921 fr. (fortune en 2010).!

b) Il est également établi que les conditions d'une reconsidération sont réunies pour les années 2005 à 2007 et que celles d'une révision procédurale le sont pour les années 2008 à 2010. En effet, pour la période de 2005 à 2007, l'intimé n'aurait pas dû prendre en considération les primes d'assurance-maladie lors du calcul des prestations complémentaires cantonales, de sorte que les décisions d'octroi étaient à l'évidence erronées. Leur rectification revêtait une importance notable compte tenu du montant des subsides et des frais de maladie remboursés par l'intimé. Lors du calcul du revenu déterminant donnant droit aux prestations complémentaires pour les années 2008 à 2010, l'intimé ignorait l'augmentation de la rente du deuxième pilier et l'augmentation conséquente de la fortune mobilière de la mère de la recourante. Etant donné que ces augmentations de revenu et fortune sont indéniablement des faits importants de nature à modifier le calcul du revenu déterminant, qui existaient déjà lorsque les décisions ont été rendues, mais qui ont été découverts après coup lors d'une procédure de révision ouverte suite au décès de la bénéficiaire, on est en présence d'un motif de révision procédurale (ATF 122 V 138 consid. 2d et les arrêts cités).

c/aa) S'agissant du délai dans lequel la restitution des subsides et frais de maladie remboursés devait être réclamée, il y a lieu de retenir ce qui suit. Comme cela a été démontré supra, c'est en raison d'une erreur du SPC que la recourante a été mise au bénéfice d'un subside entre 2005 et 2007 et que ses frais de maladie ont été remboursés pendant cette même période. En effet, jusqu'en 2007, les primes d'assurance-maladie n'étaient pas prises en considération dans le calcul des prestations complémentaires cantonales. Si l'intimé avait calculé les dépenses de la mère de la recourante en tenant compte des primes d'assurance-maladie, il aurait constaté ce point. C'est donc en raison d'une erreur de l'administration que la mère de la recourante a bénéficié de prestations indues. Dans un tel cas, le délai d'un an commence à courir dès le moment où l'intimé aurait dû s'apercevoir de son erreur, soit en l'occurrence lorsqu'il a calculé le droit au subside pour 2006, 2007 et 2008. Partant, l'intimé aurait dû reconnaître son erreur au plus tard au début de l'année 2008 et c'est donc à compter de là que le délai d'un an court. La décision de restitution pour les années 2005 à 2007 inclus ayant été rendue le 11 avril 2011, le délai d'un an n'a pas été respecté et la prétention en restitution des prestations indûment versées de décembre 2005 à décembre 2007 inclus est périmée. A cela s'ajoute en outre le fait que la restitution des prestations versées entre décembre 2005 et avril 2006 inclus a été réclamée hors du délai absolu de 5 ans. En effet, contrairement à ce que prétend l'intimé, le délai de cinq ans ne commence pas à courir - rétroactivement - dès la date du décès du bénéficiaire de prestations, mais dès les prestations versées dont la restitution est demandée. Ainsi, pour les prestations complémentaires versées entre décembre 2005 et avril 2006 inclus, le délai de cinq ans, dans lequel la décision de restitution devait être notifiée, a commencé à courir au début du mois de décembre 2005, puis début janvier 2006, début février 2006, début mars 2006 et début avril 2006 et il s'est terminé début décembre 2010, début janvier 2011, début février 2011, début mars 2011 et début avril 2011. La décision de restitution ayant été notifiée le 19 avril 2011, elle était quoi qu'il en soit hors délai et ne pouvait donc porter sur les prestations versées entre décembre 2005 et avril 2006.

c/bb) En revanche, s'agissant des prestations versées entre janvier 2008 et novembre 2010 inclus, la décision de restitution, notifiée le 19 avril 2011, est à l'évidence intervenue en temps utile.

c) Certes, comme le soulève la recourante, sa mère n'a pas perçu personnellement les subsides. Elle en a cependant tiré avantage. En effet, à défaut de subsides, elle aurait dû s'acquitter des primes d'assurance-maladie. Partant, la mère de la

recourante doit être considérée comme la bénéficiaire des prestations indûment allouées dès lors qu'elle avait un droit autonome à des prestations complémentaires, dont un subsidie d'assurance-maladie. Dans la mesure où il s'agit d'une dette qui est passée aux héritiers et que chaque héritier peut être recherché individuellement pour le tout, la recourante est tenue à restitution du montant de 17'185 fr. 55 soit : Année Subsidies Frais de maladie 2008 4'953.60 994,05 2009 5'028.00 808,65 2010 4'796.00 605,25 Total 14'777.60 2'407.95 15. Dans un souci d'exhaustivité, la Cour de céans rappellera encore que la restitution des subsides est réclamée sur la base de la LaLAMal et de la LPGA qui ne prévoient pas de disposition similaire à l'art. 24 al. 3 LPCC (restitution limitée à l'actif net en cas de succession).!

16. Enfin, la Cour de céans rappelle à la recourante qu'elle dispose de la possibilité de demander la remise de son obligation de restituer en déposant une demande dans ce sens dans le délai de 30 jours dès l'entrée en force du présent arrêt.

17. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis en ce sens que le montant de la restitution due par la recourante en sa qualité d'héritière est ramené à 17'185 fr. 55.!

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA; art.89H al. 2 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet partiellement, dans le sens des considérants.!

3. Annule la décision sur opposition du 10 mai 2012 en tant qu'elle porte sur le montant de 20'161 fr.!

4. Condamne la recourante à verser à l'intimé le montant de 17'185 fr. 55 à titre de prestations indûment perçues.!

5. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.!

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 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