

GE_GERICHTE A/2691/2022 vom 16. November 2023

GE Cour de justice, 2023-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2691_2022

FR: GE_GERICHTE A/2691/2022 du 16 novembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/2691/2022 del 16 novembre 2023

Erwägungen

E. 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), 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). ![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). ![endif]>![if>

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 25 août 2022) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA). ![endif]>![if>

E. 4

![endif]>![if>

E. 4.1

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2021 dans le cadre de la Réforme des PC (LPC, modification du 22 mars 2019, RO 2020 585, FF 2016 7249 ; OPC-AVS/AI [ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301], modification du 29 janvier 2020, RO 2020 599). ![endif]>![if>

E. 4.2

Conformément à l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 22 mars 2019, l'ancien droit reste applicable pendant trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette modification aux bénéficiaires de prestations complémentaires pour lesquels la réforme des PC entraîne, dans son ensemble, une diminution de la prestation complémentaire annuelle ou la perte du droit à la prestation complémentaire annuelle. ![endif]>![if>

E. 4.3

En l'occurrence, en tant que la décision litigieuse porte sur les PCF pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020, la LPC est applicable dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020. S'agissant des PCF pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, dans la mesure où l'application du nouveau droit entraîne une diminution des prestations

complémentaires de l'intéressée (cf. calcul comparatif selon l'ancien et le nouveau droit ; dossier intimé pièce 109 p. 8-12), l'intimé a appliqué le droit en vigueur avant la réforme, plus favorable. Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020. ![/endif]>![if>

E. 5

![/endif]>![if>

E. 5.1

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 9 de la loi cantonale sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 [LPFC - J 4 20]) ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ■ E 5 10]). ![/endif]>![if>

E. 5.2

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 11 let. b LPFC ; art. 89C let. b LPA), le recours est recevable. ![/endif]>![if>

E. 6

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a requis de l'intéressée la restitution de CHF 53'058.- à titre de PCF versées à tort pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 30 juin 2021. Singulièrement, il porte sur le bien-fondé de la prise en compte d'une pension de CHF 81'760.- du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020 et de CHF 79'935.- du 1^{er} octobre 2020 au 30 juin 2021 (contre CHF 116'544.50 retenus dans un premier temps). ![/endif]>![if>

E. 7

![/endif]>![if>

E. 7.1

Sur le plan fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 5, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Y ont ainsi droit, notamment, les personnes qui perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC. ![/endif]>![if>

E. 7.2

Les PCF se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). L'art. 9 al. 1 LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. ![/endif]>![if>

E. 7.3

Selon l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent notamment les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d). ![/endif]>![if>

E. 7.4

Quant aux dépenses, l'art. 10 LPC énumère – de manière exhaustive – les dépenses reconnues. Ce montant inclut notamment les frais de nourriture, d'habillement, de soins corporels de consommation d'énergie (électricité, gaz, etc.), de communication, de transport ou de loisirs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_945/2011 du 11 juillet 2012 consid. 5.1 et les références).

E. 7.4.1

Selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année CHF 19'450.- (montant en vigueur du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020), CHF 19'610.- (du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022) pour les personnes seules.

E. 7.4.2

Selon l'art. 10 al. 2 LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, les dépenses reconnues comprennent :

- 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 (let. a) ;
- un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b).

Selon l'art. 4 al. 1 du règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 23 décembre 1998 (RPFC - J 4 20.01), la taxe journalière maximale à prendre en considération en raison du séjour dans un établissement médico-social ou dans un établissement pour personnes handicapées correspond au prix de pension agréé par l'autorité cantonale, conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (LGEPA - J 7 20), et à la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003 (LIPH - K 1 36). Selon l'al. 2 de l'art. 4 RPFC, le forfait pour dépenses personnelles s'élève à CHF 3'600.- par an pour les personnes âgées. Dans le cas de personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, le montant consacré aux dépenses personnelles prévu par l'art. 10 al. 2 let. b LPC fait pendant aux montants destinés à la couverture des besoins vitaux prévus à l'art. 10 al. 1 let. a LPC, qui font partie des dépenses reconnues des personnes vivant à domicile. À l'inverse des montants forfaitaires qui sont fixés par la loi fédérale dans la situation des ayants droit vivant à domicile, le montant pour les dépenses personnelles à prendre en compte à titre de dépenses reconnues des personnes vivant dans un home ou un hôpital est déterminé par les cantons. Ce montant est destiné à couvrir la partie des besoins vitaux de ces personnes qui n'est pas garantie par les prestations fournies par l'établissement hospitalier ou médico-social (donc par la taxe journalière prévue à l'art. 10 al. 2 let. a LPC) et que les intéressés doivent eux-mêmes prendre en charge. Il doit être déterminé de manière à ce que cette partie des besoins vitaux puisse être effectivement financée, mais ne doit pas, sous l'angle des PCF et du financement par la Confédération, dépasser la couverture de ces besoins – les cantons étant libres de compléter le montant pour les dépenses personnelles prévu par le droit fédéral dans le cadre des PC de droit cantonal (ATF 138 V 67 consid. 4.1 et les références). Le Tribunal fédéral a précisé au sujet du principe du forfait prévu à l'art. 10 LPC, que la nature même du forfait implique qu'il ne se

détermine pas, et ne varie donc pas, par rapport aux dépenses effectives de chaque cas particulier, mais règle de manière unifiée des situations semblables – le montant pour dépenses personnelles des personnes vivant dans un home ou un hôpital –, entre autres motifs pour des raisons pratiques (ATF 138 V 67 consid. 4.3 ; ATF 131 V 256 consid. 5.5).

E. 8

!

E. 8.1

Le séjour dans un EMS comprend, d'une part, des prestations de soins, d'autre part, des prestations socio-hôtelières (hébergement, restauration, intendance-housekeeping, intendance-buanderie, encadrement socio-culturel, animation, direction administration et technique-maintenance ; Erwin CARIGIET/ Uwe KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2021, n° 702, p. 270 ; Stéphanie PERRENOUD, *Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ?* in RSAS 2015 p. 534 et 539).

Le coût des prestations socio-hôtelières est exclusivement à la charge du résident. En revanche, les prestations de soins sont financées conformément à l'art. 25 a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10 ; Erwin CARIGIET/Uwe KOCH, op. cit. ; Stéphanie PERRENOUD, op. cit. ; ATAS/1131/2022 du 8 décembre 2022 consid. 6.1).

E. 8.2

À teneur de l'art. 25 a al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment (...) dans des EMS. L'al. 5, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2019, prévoit, quant à lui, que les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. (...) Le séjour dans un EMS ne fonde aucune nouvelle compétence. Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de la personne assurée dans un EMS de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de la personne assurée à séjourner dans l'EMS en question sont garantis pour une durée indéterminée.

E. 8.3

Les art. 7 et 7 a de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) prévoient que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les examens, les traitements et les soins effectués, selon l'évaluation des soins et sur prescription médicale ou sur mandat médical, par des EMS. Les montants pris en charge par jour sont définis en fonction du nombre de minutes de soins requises (ATAS/1131/2022 précité consid. 6.2).

E. 8.4

En résumé, l'art. 25 a LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, répartit la charge des frais des soins en cas de maladie sur trois débiteurs. Premièrement, une contribution financière aux soins dispensés est fournie par l'assurance obligatoire des soins. Le DFI a fixé des tarifs journaliers échelonnés en fonction de la durée des soins requis, de CHF 9.- à CHF 108.- (CHF 9.60 à CHF 115.20 depuis le 1^{er} janvier 2020 ; cf. art. 7 a al. 3 OPAS, sur délégation de l'art. 33 let. b et i de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]) [part de l'assureur]. Deuxièmement, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent, les cantons étant libres d'adopter une solution plus favorable aux assurés, être répercutés sur la personne assurée. Pour éviter qu'une charge démesurée ne pèse sur celle-ci, l'art. 25 a al. 5 LAMal a limité sa part à 20% au plus de la contribution maximale versée par l'assureur social, soit à 20% de CHF 108.- (CHF 115.20 depuis le 1^{er} janvier 2020) ou CHF 21.60 (CHF 23.05 depuis le 1^{er} janvier 2020) par jour [part de l'assuré]. Troisièmement, le financement des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur, ni par l'assuré est à régler par le canton, selon l'art. 25 a al. 5 in fine LAMal [part résiduelle] (arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.2). Le canton doit garantir la couverture intégrale des coûts des soins après contribution de l'assurance obligatoire de soins et participation de l'assuré (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2018, n. 29 ad art. 25a LAMal).

E. 8.5

En cas de séjour dans un EMS hors canton (cf. art. 25 a al. 5 LAMal), le Tribunal fédéral a considéré (ATF 148 V 242) que le financement résiduel suivait les règles du canton où se situe l'EMS lorsqu'il n'y a pas de places disponibles dans un EMS du canton de domicile qui soit situé à proximité, celles du canton de domicile lorsque de telles places sont disponibles (consid. 7.2). Lorsque des places en EMS sont librement disponibles dans le canton de domicile, la personne concernée doit assumer le risque d'être confrontée, le cas échéant, à des frais de soins non couverts (Hardy LANDOLT, commentaire de l'ATF 148 V 242 in Pra 2022 n° 63 ; ATAS/1131/2022 précité consid. 6.4).

E. 8.6

Dans la mesure où la réglementation du financement résiduel incombe aux cantons, ceux-ci disposent d'une large marge de manœuvre en la matière et ils ont notamment la possibilité de réduire ou de supprimer la participation aux soins des personnes résidant en EMS (ATF 138 I 410 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 précité consid. 3.2 ; voir également Stéphanie PERRENOUD, op. cit. , p. 536). Le canton de Genève, pour sa part, a opté pour une limitation de la participation de l'assuré à CHF 8.- par jour (cf. arrêté déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins non pris en charge par les assurances sociales et fournis aux assurés suivis en ambulatoire ou en EMS adopté le 19 décembre 2018 par le Conseil d'État genevois, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019 ; ATAS/1131/2022 précité consid. 6.5).

E. 9

!

E. 9.1

Selon l'art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée lorsque les dépenses reconnues, les revenus déterminants

et la fortune subissent une diminution ou une augmentation pour une durée qui sera vraisemblablement longue ; sont déterminants les dépenses nouvelles et les revenus nouveaux et durables, convertis sur une année, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient ; on peut renoncer à adapter la prestation complémentaire annuelle, lorsque la modification est inférieure à CHF 120.- par an.![endif]>![if> Selon l'art. 25 al. 2 OPC-AVS/AI, la nouvelle décision doit porter effet dès la date suivante : dans les cas prévus par l'al. 1 let. c, lors d'une augmentation de l'excédent des dépenses, dès le début du mois au cours duquel le changement a été annoncé, mais au plus tôt à partir du mois dans lequel celui-ci est survenu (let. b) ; dans les cas prévus par l'al. 1 let. c, lors d'une diminution de l'excédent des dépenses, au plus tard dès le début du mois qui suit celui au cours duquel la nouvelle décision a été rendue ; la créance en restitution est réservée lorsque l'obligation de renseigner a été violée (let. c).

E. 9.2

L'art. 25 OPC-AVS/AI permet d'adapter une décision de prestations complémentaires à des modifications postérieures de la situation personnelle et économique de l'ayant-droit en raison d'un changement de circonstances. L'al. 1 de cette disposition règle la modification (augmentation, réduction ou suppression) de la prestation complémentaire annuelle (en cours d'année civile) et concerne la situation d'une révision de prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA. Son al. 2 règle le moment à partir duquel l'augmentation, la réduction ou la suppression prennent effet. Lorsqu'en application de l'art. 25 OPC-AVS/AI, l'administration effectue une adaptation des prestations à la modification des conditions personnelles ou économiques de l'intéressé, celui-ci peut être tenu de restituer des prestations reçues en trop ; l'art. 25 al. 2 let. c et d in fine OPC■AVS/AI réserve expressément la créance en restitution lorsque l'obligation de renseigner a été violée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2014 du 6 août 2014 consid. 5.2 et les références).
![endif]>![if>

E. 9.3

En dehors de l'éventualité de la violation de l'obligation de renseigner, la jurisprudence a admis que l'ayant droit est tenu à restitution lorsque les conditions de l'art. 25 LPGA sur la restitution de prestations indûment touchées sont réalisées, à savoir les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2014 précité consid. 5.3 et la référence). ![endif]>![if>

E. 9.3.1

Aux termes de l'art. 25 al. 1 1^{ère} phr. LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Selon la jurisprudence, cela implique que soient réunies les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) de la décision par laquelle les prestations ont été accordées (ATF 130 V 318 consid.

5.2).![endif]>![if> Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c ; 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision

d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées).

E. 9.3.2

Selon l'art. 25 al. 2 1 ère phr. LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1 er janvier 2021, le droit de demander la restitution s'éteint trois ans 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. ![/endif]>![if>

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).![/endif]>![if>

E. 11

![/endif]>![if>

E. 11.1

L'intimé, se fondant sur les pièces 21 et 41, a initialement arrêté à CHF 116'544.50 le montant retenu à titre de pension pour la période litigieuse du 1 er janvier 2020 au 30 juin 2021, montant obtenu en multipliant le prix de pension journalier fixé par l'intimé à CHF 319.30 (qui ressort du décompte de l'EMS du 30 novembre 2016 ; pièce 21) par 365 jours. ![/endif]>![if> Or, d'après les décomptes de cet EMS des 31 janvier, 29 février, 31 mars, 30 avril, 31 mai, 30 juin, 31 juillet, 31 août et 30 septembre 2020, le montant journalier de la pension s'est élevé à CHF 202.50 chaque mois (CHF 143.- + CHF 26.- + CHF 2.- + CHF 30.- + CHF 1.5). Durant cette période, l'intéressée bénéficiait du système dit « EZ » (pièce 103). Dès octobre 2020, l'intéressée a bénéficié du système dit « OASE », et le prix de pension journalier s'est alors élevé à CHF 197.50 chaque mois (CHF 138.- + CHF 26.- + CHF 2.- + CHF 30.- + CHF 1.5 ; décomptes des 21 octobre et 31 décembre 2020 ; pièces 103 et 108). L'intimé a encore comptabilisé CHF 23.- à titre de prestations de soins, montant qui découle de la réglementation soleuroise. Or, l'intéressée, qui était domiciliée dans le canton de Genève lors de l'octroi initial des prestations complémentaires, a séjourné dans un EMS dans le canton de Soleure dès le 5 mai 2015, ceci afin d'être proche de sa fille (courrier du 9 avril 2015 ; pièce 13) et non en raison d'un manque de places à Genève. C'est donc ce dernier canton qui est compétent pour verser le financement résiduel, selon sa propre législation. Dans ce cadre, le canton de Genève a choisi de répercuter seulement CHF 8.- sur les assurés suivis en EMS, ainsi que cela ressort de l'arrêté du Conseil d'État du 19 décembre 2018. Partant, l'intimé aurait dû limiter la prise en charge du coût des soins à CHF 8.- par jour, car c'est ce montant qui aurait dû être répercuté sur l'intéressée conformément à l'art. 25 a al. 5 LAMal (dans ce sens : ATAS/1131/2022 déjà cité consid. 9), étant souligné que les factures produites par la recourante, intitulées « F - Pflegeleistung Anteil öffentlicher Hand », se rapportent au financement des frais à la charge du canton, et

non du SPC, ainsi que l'admettent les parties (cf. écriture de la recourante du 27 mars 2023 ; procès-verbal de comparution personnelle du 22 juin 2023 p. 2). En conséquence, pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020, l'intimé aurait dû prendre en compte, à titre de prix de pension, tout au plus un montant de CHF 77'043.- ($(\text{CHF } 202.50 + \text{CHF } 8) \times 366$ jours ; l'année 2020, bissextile, comporte 366 jours), au lieu de CHF 81'760.-. Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2020, l'intimé aurait dû prendre en compte, à titre de prix de pension, tout au plus un montant de CHF 75'213.- ($(\text{CHF } 197.50 + \text{CHF } 8) \times 366$ jours), et non de CHF 79'935.-. Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 (l'année 2021 comporte 365 jours), l'intimé aurait dû prendre en compte, à titre de prix de pension, tout au plus un montant de CHF 75'007.50 ($(\text{CHF } 197.50 + \text{CHF } 8.-) \times 365$ jours), et non de CHF 79'935.-.

E. 11.2

En ce qui concerne le montant de la rente de la prévoyance professionnelle, c'est à juste titre que, dans la décision litigieuse, l'intimé a finalement comptabilisé pour la période ici litigieuse un montant de CHF 9'340.20 (pièce 103). !

E. 11.3

Au vu de ce qui précède, le montant que devait restituer l'intéressée est en réalité plus élevé que celui réclamé par l'intimé, lequel n'a pas exigé le coût des soins versé en trop, soit CHF 15.- par jour (CHF 23.- - CHF 8.- ; cf. procès-verbal de comparution personnelle du 22 juin 2023 p. 3). !

E. 11.4

Pour le surplus, c'est après avoir reçu en date du 5 mars 2021 les décomptes de l'EMS de janvier à décembre 2020 (pièce 103) et eu un entretien téléphonique avec cet établissement le 11 juin 2021 (pièce 108) que l'intimé s'est rendu compte qu'il avait surévalué le montant de la pension dans ses précédentes décisions. Ces dernières sont sans nul doute erronées et leur rectification revêt une importance notable. En effet, elles portent sur un montant de CHF 53'058.-, lequel est supérieur à CHF 706.-, somme déjà considérée comme suffisamment importante par le Tribunal fédéral (DTA 2000 n° 40 p. 208 ; arrêt du Tribunal fédéral C.11/05 du 16 août 2005 consid. 5.2). ! Certes, la restitution est imputable à une faute de l'administration. Dans ce cas, on ne saurait toutefois considérer comme point de départ du délai relatif le moment où l'erreur a été commise par l'administration, mais le moment auquel celle-ci aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour l'administration de réclamer le remboursement de prestations allouées à tort en cas de faute de sa part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2021 du 31 mars 2022 consid. 5.1 et les références). Ainsi, même à retenir que l'intimé a pris conscience de son erreur en mars 2021 au plus tôt, force est de constater qu'il a agi en temps utile en réclamant par décision du 23 juin 2021 la restitution des prestations pour la période de janvier 2020 à juin 2021.

E. 12

En conséquence, le recours est rejeté. !

E. 13

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario et 89H al. 1 LPA).!
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.