

## **GE\_GERICHTE A/3978/2016 vom 10. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3978\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3978_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3978/2016 du 10 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3978/2016 del 10 ottobre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1943, veuve dès le \_\_\_\_\_ 1982, de nationalité suisse, domiciliés dans le canton de Genève, a travaillé comme physiothérapeute indépendante. Elle a poursuivi sporadiquement cette activité après sa retraite en 2007, afin de compléter les revenus provenant de sa rente de vieillesse et d'une pension de prévoyance professionnelle. **2.** Par décision du 12 novembre 2009 (annulant et remplaçant, sur opposition, une décision du 6 octobre 2009 refusant à l'assurée le droit tant aux prestations complémentaires que la garantie du subside de l'assurance-maladie), le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC), tenant compte d'une baisse du revenu de son activité indépendante en 2009, a reconnu à l'assurée le droit au subside de l'assurance-maladie, rétroactivement au 1<sup>er</sup> septembre 2009, à hauteur de CHF 419.- par mois, lui niant en revanche le droit à des prestations complémentaires tant fédérales (ci-après : PCF) que cantonales (ci-après : PCC) compte tenu d'un revenu déterminant (CHF 43'127.-) supérieur aux dépenses reconnues (CHF 31'920.- pour les PCF et CHF 38'106.- pour les PCC). **3.** D'après les plans de calcul que le SPC a adressés les 11 décembre 2009, 20 décembre 2010 et 19 décembre 2011 à l'assurée, le subside de l'assurance-maladie reconnu à cette dernière était de CHF 436.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, CHF 450.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et CHF 463.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. **4.** Par courrier du 24 avril 2012, donnant suite à une demande de pièces du 22 février 2012 faite dans le cadre de la révision de son dossier, l'assurée a communiqué au SPC les pièces requises, en lui fournissant quelques explications sur les difficultés financières qu'elle avait rencontrées et les gains qu'elle avait réalisés. Par décision sur révision du 9 mai 2012, envoyée le lendemain à l'assurée, le SPC a fait obligation à cette dernière de rembourser CHF 5'202.- de subsides d'assurance-maladie versés en trop depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 (apparemment en 2010), étant précisé qu'elle restait bénéficiaire du subside pour l'assurance-maladie directement versé par le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) à son assureur, de CHF 450.- en 2011 et CHF 463.- en 2012. Le 4 septembre 2012, suite à des demandes d'arrangement de paiement pour le remboursement de ces CHF 5'202.-, le SPC a indiqué à l'assurée que les « conditions de l'irrecouvrable » étant remplies, ledit montant ne lui serait pas réclamé, sous réserve d'un retour à meilleure fortune. **5.** Le 17 décembre 2012, le SPC a adressé à l'assurée un plan de calcul, à teneur duquel son subside de l'assurance-maladie serait de CHF 470.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, mais qu'elle n'aurait droit ni à des PCF ni à des PCC, compte tenu d'un revenu déterminant (CHF 39'661.-) supérieur aux dépenses reconnues (CHF 32'410.- pour les PCF et CHF 38'755.- pour les PCC), montants qui ont été repris tels

quels dans une décision sur révision du 7 octobre 2013. Le 13 décembre 2013, le SPC a adressé à l'assurée un plan de calcul, à teneur duquel son subside de l'assurance-maladie serait de CHF 483.- dès le 1 er janvier 2014, mais qu'elle n'aurait droit ni à des PCF ni à des PCC, compte tenu d'un revenu déterminant (CHF 39'661.-) supérieur aux dépenses reconnues (CHF 32'410.- pour les PCF et CHF 38'755.- pour les PCC). Le 15 décembre 2014, le SPC a adressé à l'assurée un plan de calcul, à teneur duquel son subside de l'assurance-maladie serait de CHF 500.- dès le 1 er janvier 2015, mais qu'elle n'aurait droit ni à des PCF ni à des PCC, compte tenu d'un revenu déterminant (CHF 39'781.-) supérieur aux dépenses reconnues (CHF 32'490.- pour les PCF et CHF 38'861.- pour les PCC). Le 11 décembre 2015, le SPC a adressé à l'assurée un plan de calcul, à teneur duquel son subside de l'assurance-maladie serait de CHF 524.- dès le 1 er janvier 2016, mais qu'elle n'aurait droit ni à des PCF ni à des PCC, compte tenu d'un revenu déterminant (CHF 39'781.-) supérieur aux dépenses reconnues (CHF 32'490.- pour les PCF et CHF 38'861.- pour les PCC). En date du 3 mars 2016, le SPC a reçu les avis de taxation fiscale de l'assurée pour les années 2010 à 2014, indiquant les éléments retenus par l'Administration fiscale cantonale, et dont résultait, notamment, que l'assurée avait réalisé des revenus nets respectivement de CHF 9'111.- en 2013 et CHF 7'143.- en 2014. Le 2 mai 2016, le SPC a requis de l'assurée l'apport de différentes pièces dans le cadre de la révision périodique de son dossier, dont la copie de ses bilans et comptes d'exploitation aux 31 décembre 2013, 2014 et 2015. Il lui a rappelé cette demande le 2 juin 2016. Par courrier du 6 juin 2016, le SPC a informé l'assurée que suite à l'entrée en vigueur, en date du 1 er juillet 2016, de la loi 11540 portant sur la détermination du subside d'assurance-maladie, elle aurait droit, en tant que bénéficiaire de prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI avec un excédent de ressources inférieur au montant de la prime moyenne cantonale, non plus à un subside complet mais à un subside partiel équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et son excédent de ressources, montant qui serait fixé et communiqué désormais par le SAM. Le SPC lui communiquait simultanément un plan de calcul, dont résultait qu'elle n'aurait droit, dès le 1 er juillet 2016, ni à des PCF ni à des PCC, compte tenu d'un revenu déterminant (CHF 39'781.-) supérieur aux dépenses reconnues (CHF 32'490.- pour les PCF et CHF 38'861.- pour les PCC). L'assurée a transmis diverses pièces justificatives, reçues par le SPC en date du 15 juin 2016, dont ses comptes d'exploitations, lesquels indiquaient ce qui suit : Année Recettes Dépenses Déduction AVS Revenu net 2013 CHF 21'487.- CHF 12'376.- CHF 715.- CHF 8'396.- 2014 CHF 17'182.- CHF 10'039.- CHF 751.- CHF 6'392.- 2015 CHF 12'545 CHF 8'493.- CHF 404.- CHF 3'648.- 13. Par décision du 23 juin 2016, le SPC a recalculé le droit de l'assurée aux PCF et PCC pour les périodes du 1 er janvier au 31 octobre 2013, 1 er novembre au 31 décembre 2013, pour les années 2014 et 2015, du 1 er janvier au 30 juin 2016 et à partir du 1 er juillet 2016. Les plans de calcul ont retenus les montants suivants : Période Dépenses reconnues PCF / PCC Revenu déterminant reconnu PCF + PCC dont montant présenté / gain déterminant retenu provenant d'une activité lucrative dette reconnue 01.01 – 31.10.2013 CHF 32'410.- / CHF 38'755.- CHF 44'591.- (CHF 8'396.- / CHF 4'930.70) CHF 330.10 01.11 – 31.12.2013 CHF 32'410.- / CHF 38'755.- CHF 44'592.- (CHF 8'396.- / CHF 4'930.70) CHF 330.10 2014 CHF 32'410.- / CHF 38'755.- CHF 43'256.- (CHF 6'392.- / CHF 3'594.70) CHF 330.10 2015 CHF 32'490.- / CHF 38'861.- CHF 41'546.- (CHF 3'648.- / CHF 1'765.35) CHF 330.10 01.01. – 30.06.2016 CHF 32'490.- / CHF 38'861.- CHF 41'537.- (CHF 3'648.- /

CHF 1'765.35) CHF 430.15 Dès le 01.07.2016 CHF 32'490.- / CHF 38'861.- CHF 41'537.- (CHF 3'648.- / CHF 1'765.35) CHF 430.15 Il s'ensuivait une solde positif (les revenus reconnus excédant les dépenses reconnues) de : Période PCF PCC 01.01 – 31.10.2013 CHF 12'181.- CHF 5'836.- 01.11 – 31.12.2013 CHF 12'182.- CHF 5'837.- 2014 CHF 10'846.- CHF 4'501.- 2015 CHF 9'056.- CHF 2'685.- 01.01. – 30.06.2016 CHF 9'047.- CHF 2'676.- 01.07.2016 - ... CHF 9'047.- CHF 2'676.- 14. Le 27 juin 2016, le SAM a indiqué au SPC que le montant des subsides versés par le SAM pour l'assurée, devant être réclamés par le SPC, s'élevait à CHF 5'160.- durant l'année 2013. Le même 27 juin 2016, le SPC a adressé à l'assurée une décision de remboursement d'un montant de CHF 5'160.- au titre des subsides d'assurance-maladie versés indument pour l'année 2013. Par recommandé du 18 juillet 2016, l'assurée, représentée par un mandataire, a fait opposition contre cette décision de remboursement, en concluant à l'annulation de la décision du 23 juin 2016 et à la reconnaissance de son droit au subside de l'assurance-maladie. Ses revenus avaient baissé d'année en année depuis la première décision d'octroi de subsides en 2009, passant de CHF 43'1327.- cette année-là à CHF 41'537.- en 2016. Cette diminution de revenus aurait dû entraîner une augmentation de sa prise en charge, plutôt qu'une suppression de son droit aux prestations. L'assurée avait reçu deux courriers contradictoires le 4 juillet 2016, l'un du SAM lui accordant un subside mensuel de CHF 450.- pour l'année 2016 et l'autre du SPC lui supprimant son droit aux subsides à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016. Le SPC avait violé son obligation d'informer correctement l'assurée, ainsi que le principe de la confiance les liant. L'assurée avait toujours respecté son obligation d'informer, en particulier ses changements de revenus.

17. Par décision sur opposition du 21 octobre 2016, le SPC a rejeté cette opposition et confirmé sa décision du 27 juin 2016. Lors de la procédure de révision de son dossier en mars 2016, il avait été découvert que l'assurée avait réalisé des revenus entre 2013 et 2015 (soit CHF 8'396.- en 2013, CHF 6'392.- en 2014 et CHF 3'648.- en 2015). Le dernier bilan qu'elle avait communiqué au SPC avant la révision de son dossier était celui de l'année 2011, faisant état d'une perte de CHF 5'639.-, si bien que, depuis lors, le SPC n'avait tenu compte d'aucun montant à titre de gain d'activité lucrative dans les calculs des prestations complémentaires. Sitôt qu'il avait reçu les bilans des années 2013 à 2015, il avait repris le calcul du droit auxdites prestations en tenant compte rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2013 des gains précités, et constaté que l'excédent de revenu déterminant était supérieur à la prime moyenne cantonale d'assurance-maladie pour l'année 2013. Aussi avait-il réclamé la restitution de CHF 5'160.-.

18. Par acte du 21 novembre 2016, désormais représentée par un avocat (qui obtiendra le bénéfice de l'assistance juridique), l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant préalablement à pouvoir compléter son recours et principalement à l'annulation de la décision attaquée. En raison de la faiblesse de ses rentes AVS et LPP, elle devait sporadiquement exercer une activité lucrative. Mais, contrairement à ce qu'avait retenu le SPC, sa situation financière était difficile, ses revenus ayant diminué d'année en année depuis 2009 et sa santé s'étant péjorée. Elle avait besoin de l'appoint de prestations complémentaires.

19. Dans son complément au recours du 10 décembre 2016, l'assurée a relevé que ses charges excédaient ses revenus pour les années 2014 et 2015, respectivement de CHF 10'846.- pour les PCF et CHF 4'501.- pour les PCC en 2014, et de CHF 9'056.- pour les PCF et CHF 2'685.- pour les PCC en 2015. C'était à tort que le SPC réclamait la restitution de CHF 5'160.- à l'assurée alors que les revenus de cette dernière n'avaient fait que de baisser depuis l'octroi « de la rente » (sic)

en 2009. Le SPC n'avait pas respecté le délai de « prescription » de un an pour réclamer la restitution dudit montant. L'assurée lui avait communiqué régulièrement ses comptes annuels indiquant ses revenus réalisés de 2013 à 2015, mais le SPC n'avait pas examiné ces renseignements, sinon trois ans plus tard dans le cadre de la révision de son dossier. Son droit à demander la restitution était éteint. Le SPC n'avait, à tort, jamais pris en charge les frais de maladie de l'assurée, qui les avait payés de sa poche, notamment CHF 1'291.- en 2013, CHF 1'208.30 en 2014, CHF 1'203.- en 2015, soit au total CHF 3'702.30. Le montant des dettes retenues par le SPC était inexact : CHF 330.15 en 2013 (au lieu de CHF 4'011.15), CHF 330.15 en 2014 (au lieu de CHF 4'181.-) et CHF 430.15 en 2015 (au lieu de CHF 4'118.65). Il était également erroné que l'assurée disposait d'une fortune de CHF 1'615.-. Ces erreurs étaient certes sans conséquence sur le calcul des prestations complémentaires. La décisions attaquée procédait d'un excès et d'un abus de pouvoir d'appréciation, dans la mesure où l'assurée était une personne âgée et retraitée souffrant de problèmes de santé et disposant de revenus très limités. 20. Dans sa réponse du 18 janvier 2017, le SPC a relevé que la demande en restitution des subsides de l'assurance-maladie de CHF 5'160.- ne concernait que l'année 2013. Au moment de la révision du dossier de l'assurée initiée en mars 2016, le SPC n'avait comme dernier bilan que celui de l'année 2011, bilan qui lui avait été adressé non spontanément, mais lors d'une précédente révision du dossier ; c'était lors de cette révision de 2016 qu'il avait découvert que l'assurée avait réalisé des revenus entre 2013 et 2015 oscillant entre CHF 3'648.- et CHF 8'396.-. Les nouveaux calculs alors entrepris avaient établi que l'excédent de revenu déterminant était supérieur à la prime moyenne cantonale d'assurance-maladie pour l'année 2013 et que par conséquent, c'était à tort que l'assurée avait perçu des subsides pour cette année-là. S'agissant des remboursements des frais médicaux mentionnés par la recourante dans son recours, le SPC a relevé que ce grief n'avait été soulevé que lors du recours, et non au stade de l'opposition ; il ne pouvait être statué à son propos dans le cadre de la présente procédure. Le SPC avait statué sur toutes les demandes de remboursement de frais médicaux que l'assurée lui avait transmises. Enfin, la fortune n'était pas prise en compte dans les calculs du SPC, ainsi que l'avait constaté la recourante elle-même. Le SPC a conclu au rejet du recours. 21. Par réplique du 20 février 2017, l'assurée a relevé que le SPC avait mentionné dans sa décision sur opposition les revenus réalisés durant les années 2013, 2014 et 2015, raison pour laquelle elle s'était expliquée également sur les revenus des années 2014 et 2015. S'agissant du délai de péremption d'un an pour demander la restitution des prestations versées en trop, l'assurée a relevé qu'elle avait toujours transmis toutes les informations lorsque le SPC lui en demandait. Ce dernier aurait en outre dû être attentif au fait qu'elle avait eu une perte de CHF 5'639.- pour l'année 2011, et aurait dû se préoccuper de savoir si cette situation perdurait, notamment sur la base d'éléments fiscaux lui ayant été communiqués. Il aurait dû se douter, en comparant les comptes de l'année 2011 à ceux des années précédentes, que la perte qu'elle subissait était vraisemblablement temporaire. La demande en restitution du SPC se heurtait par conséquent au délai de péremption d'un an. Enfin, la recourante a constaté que le SPC, dans sa réponse au recours, reconnaissait son droit à la prise en charge des frais médicaux, tout en refusant de prendre ceux-ci en considération, du fait que ladite demande de remboursement n'avait été faite que dans le cadre du recours et non de l'opposition. Cependant, dès lors que le montant de CHF 3'702.30 n'était pas contesté, la recourante considérait qu'il convenait de le compenser avec toute éventuelle prestation en remboursement du SPC. Elle persistait dans les conclusions de son recours.

22. Dans sa duplique du 13 mars 2017, le SPC a rappelé qu'il avait adressé chaque année un courrier à l'assurée lui rappelant son obligation de renseigner, ainsi que de vérifier attentivement les calculs qu'il lui soumettait. La recourante n'avait jamais donné suite à ces courriers ; elle était tenue d'annoncer spontanément tout changement de situation. Concernant les frais médicaux qui ne lui avaient été soumis que dans le cadre du recours, le SPC a relevé qu'il n'avait jamais pu se déterminer à leur propos ; leur remboursement devait être requis dans un délai de quinze mois à compter de la facturation ; aucune compensation n'était dès lors possible. [endif]>![if> 23. Le 31 mars 2017, l'assurée a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires à communiquer et persister dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures. [endif]>![if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 et 4 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 respectivement à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30) et à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Elle statue aussi 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) ; ainsi que le rappelle l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, et sur celles prévues à l'art. 36 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. [endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la LPA, complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que les articles précités de la LPA n'y dérogent pas (art. 89A LPA). Les dispositions spécifiques que la LPC ou la LPCC ou encore la LAMal ou la LaLAMal contiennent le cas échéant sur la procédure restent réservées (art. 1 al. 1 LPC et art. 1 al. 1 LAMal). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA ; cf. aussi art. 9 LPFC ; art. 43 LPCC ; art. 36 al. 1 LaLAMal). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA). Touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA ; art. 60 al. 1 let. a et b et 89A LPA). 2. a. Le litige porte sur l'obligation faite à la recourante de rembourser CHF 5'160.- de subsides d'assurance-maladie que celle-ci a perçus durant l'année 2013, eu égard au fait qu'à teneur des calculs effectués sur révision de son dossier, il est apparu que l'excédent de son revenu déterminant pour 2013 était supérieur à la prime moyenne cantonale d'assurance-maladie. La décision attaquée (pièce 72 SPC), confirmant sur opposition la décision initiale du 27 juin 2016 (pièce 69 SPC), inclut celle du 23 juin 2016 (pièce 68 SPC) qui détermine ledit excédent de revenu déterminant (donc le revenu déterminant lui-même et les dépenses reconnues pour l'année 2013), et elle comporte une révision des décisions des 17 décembre 2012 (pièce 36 SPC) et 7 octobre 2013 (pièce 38 SPC) qui fixaient ledit excédent de revenu déterminant. Il sied de relever à ce sujet que, quoiqu'imparfaitement libellée, l'opposition que la recourante avait formée le 18 juillet 2016 (pièce 70 SPC) contestait, en temps utile, la décision du 27 juin 2016 de même que, en tant qu'elle fondait cette dernière, celle du 23 juin 2013 (dont l'annulation était demandée). Le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision attaquée ainsi comprise. [endif]>![if> b. Faute déjà de décision et a fortiori de décision sur opposition à ce propos, le recours ne saurait en revanche porter sur

la question de savoir si la recourante a droit au remboursement de frais médicaux qu'elle a assumés elle-même depuis 2009, sans en demander le remboursement à l'intimé, à savoir, selon ce qu'elle indique, CHF 1'291.- en 2013, CHF 1'208.30 en 2014 et CHF 1'203.- en 2015, soit au total CHF 3'702.30. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'intimé n'a pas admis que ces frais devaient lui être remboursés, et a même relevé qu'en tout état elle serait forclosée pour les faire valoir, de tels frais ne pouvant être remboursés que si le remboursement était demandé dans les quinze mois à compter de la facturation, délai de péremption (art. 15 let. a LPC ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 3 ad art. 15). Une compensation de créance ne saurait être envisagée, à tout le moins dans le cadre de la présente procédure.

3. C'est un principe général que les prestations indûment touchées doivent être restituées. La LPGA l'ancre dans son domaine d'application à son art. 25, complété par les art. 2 à 5 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11). La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 phr. 2 LPGA). La teneur de ces dispositions est reprise ou répétée pour diverses prestations sociales, dont à l'art. 24 LPCC pour les PCC et à l'art. 33 al. 1 LaLAMal pour les subsides de l'assurance-maladie. La procédure de restitution comporte trois étapes (la deuxième étant cependant souvent simultanée à la première), à savoir une première décision sur le caractère indu des prestations, une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations (comportant l'examen de la réalisation des conditions d'une révision ou d'une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA dans la mesure où les prestations fournies à tort l'ont été en exécution d'une décision en force), et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer, subordonnée aux deux conditions que l'intéressé était de bonne foi et que la restitution le mettrait dans une situation difficile (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2 ; ATAS/587/2016 du 19 juillet 2016 consid. 3 ; ATAS/365/2016 du 10 mai 2016 consid. 7a ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., 2015, n. 9 ad art. 25 LPGA, p. 383). C'est une fois qu'est entrée en force la décision portant sur la restitution elle-même des prestations perçues indûment que sont examinées les deux conditions de la bonne foi et de l'exposition à une situation financière difficile devant amener le cas échéant à renoncer à l'obligation de restitution, à moins qu'il soit manifeste que ces deux conditions sont remplies, auquel cas il doit être renoncé à la restitution déjà au stade de la prise de la décision sur la restitution (art. 3 al. 3 OPGA ; Ueli KIESER, op. cit., n. 53 ad art. 25, p. 392 s.). Le moment déterminant pour apprécier s'il y a une situation difficile est d'ailleurs le moment où la décision de restitution est exécutoire (art. 4 al. 2 OPGA).

4. a. Selon la LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste ; ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés (art. 65 al. 1 phr. 1 et 2). La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens notamment de la disposition précitée (art. 66). La LaLAMal régit, à son chap. VI (art. 19 ss), les subsides en faveur de certains assurés. Ainsi, l'État de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie (art. 19 al. 1). Les ayants droit sont, sous réserve d'exceptions ici non pertinentes (art. 20 al. 2 et 3), les assurés de condition économique modeste (art. 20 al. 1 let. a), ainsi que les assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le SPC (art. 20 al. 1 let. b). Le droit

aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par le Conseil d'Etat (art. 21 al. 1 et 2). Le montant des subsides est fixé par le Conseil d'Etat (art. 22 al. 1). b. Jusqu'au 30 juin 2016, les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur (art. 22 al. 6 aLaLAMal). Recevaient alors automatiquement un subside complet, correspondant au maximum à la prime moyenne cantonale, non seulement les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, mais aussi les personnes – à l'instar de la recourante – qui n'avaient droit à aucune prestation complémentaire lorsque leur excédent de ressources (soit la différence entre leur revenu déterminant et leurs dépenses reconnues) était inférieur à la prime moyenne cantonale. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 – à la suite d'une modification introduite par la loi 11540 du 18 décembre 2014 adoptée lors de la votation référendaire du 28 février 2016 –, les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur, tandis que les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources. La loi 11540 a réduit le subside d'assurance-maladie à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources pour cette seconde catégorie de personnes. C'est le SAM qui est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes (art. 19 al. 3 phr. 1 LaLAMal). Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, les montants des subsides de l'assurance-maladie ne sont plus mentionnés dans les décisions rendues par le SPC ( ATAS/692/2017 du 22 août 2017 consid. 2). 5. a. En l'espèce, la recourante ne conteste pas qu'elle a réalisé en 2013 un gain d'activité lucrative de CHF 6'392.-, qui n'avait pas été pris en compte lorsque, par les décisions précitées des 17 décembre 2012 (pièce 36 SPC) et 7 octobre 2013 (pièce 38 SPC), il avait été admis qu'elle avait droit à un subside de l'assurance-maladie de CHF 470.- par mois, compte tenu du fait que son excédent de revenu déterminant était alors de CHF 7'251.- pour les PCF et de CHF 906.- pour les PCC, ni – à juste titre – que ce gain d'activité lucrative aurait dû être pris en compte, avec l'effet – abstraction faite de la contestation concernant les dettes – de porter son excédent de revenu déterminant à CHF 12'181.- pour les PCF et à CHF 5'836.- pour les PCC (respectivement CHF 12'182.- et CHF 5'837.- dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013), comme le SPC l'a retenu dans sa décision du 23 juin 2016 (devant être tenue pour confirmée par la décision attaquée). b. D'après l'art. 10 al. 3 let. d LPC, les dépenses reconnues pour le calcul du droit aux prestations complémentaires comprennent le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, qui doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise). Pour l'année 2013, la prime moyenne cantonale d'assurance-maladie pour adulte était de CHF 5'640.- par an pour le canton de Genève (art. 4 de l'ordonnance du DFI relative aux primes moyennes 2013 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires, du 29 octobre 2012 - RO 2012 p. 6223). Peu importe que, dans le plan de calcul établi par l'intimé, ladite prime moyenne cantonale ne fût pas formellement intégrée dans les dépenses reconnues. Il appert que contrairement à ce qui apparaissait sur la base des données retenues par l'intimé dans ses décisions initiales, la recourante a eu en 2013 un revenu déterminant dépassant ses dépenses reconnues de plus du montant de la prime

moyenne cantonale pertinente, en s'en tenant à l'excédent plus favorable établi pour les PCC, plus précisément le dépassant de CHF 196.- (CHF 5'836.- - CHF 5'640.-) ou, en novembre et décembre 2013, de CHF 197.- (CHF 5'937.- - CHF 5'640.-). Aussi n'avait-elle pas droit au subside de l'assurance-maladie pour cette année 2013. c. Le fait que la recourante aurait eu, en 2013, des dettes plus élevées que les CHF 330.10 retenus par l'intimé, en particulier des dettes d'un montant de CHF 4'011.15 (d'après une déclaration à usage fiscal de Cornèrcard du 14 janvier 2014), ne saurait influencer le calcul de l'excédent de revenu déterminant de la recourante, ni en conséquence le droit de cette dernière au subside de l'assurance-maladie pour l'année 2013, dans la mesure où aucun élément de fortune n'a été retenu par l'intimé, tant pour les PCF que pour les PCC, en application des art. 11 al. 1. let. c LPC et 5 LPCC, étant précisé que la recourante n'avait en tout état pas de fortune nette dépassant les franchises fixées par ces dispositions et qu'est pertinente, au sens de ces dernières, la fortune nette. C'est de la fortune brute que des dettes – au demeurant dûment prouvées – doivent être déduites, et non du revenu déterminant (Michel VALTERIO, op. cit., n. 46 ad art. 11).

6. a. Dans la mesure où le trop-perçu l'a été en exécution de décisions entrées en force, sa restitution ne peut être exigée qu'en présence d'un motif de révision ou de reconsidération de ces dernières, au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. En effet, une décision exécutoire ne peut en principe plus être modifiée. La loi et la jurisprudence prévoient cependant des cas dans lesquels il faut ou il est possible de la réexaminer. Ce sont les cas de révision et de reconsidération, régis respectivement par les al. 1 et 2 de l'art. 53 LPGA ( ATAS/1118/2014 du 4 novembre 2014 consid. 3b).

À teneur de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. L'administration est tenue d'y procéder, dans un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de 10 ans commençant à courir avec la notification de la décision (art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 - PA – RS 172.021, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA; arrêt du Tribunal fédéral I.528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références; ATF 122 V 21 consid. 3a; 138 consid. 2c; 173 consid. 4a; 272 consid. 2; 121 V 4 consid. 6 et les références). Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté; ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1, où le Tribunal fédéral indique que l'art. 53 al. 2 LPGA formalise un principe général du droit des assurances sociales déjà connu auparavant; ATF 122 V 21 consid. 3a; 173 consid. 4a; 271 consid. 2; 368 consid. 3; 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités).

b. En l'espèce, c'est à l'occasion d'un contrôle périodique du dossier de la recourante initiée le 2 mai 2016 que l'intimé a appris ou pris conscience, en juin 2016, que la recourante avait réalisé des revenus durant l'année 2013. Il ne fait pas de doute que ce fait nouveau représentait un motif de révision des décisions en vertu desquelles le subside de l'assurance-maladie lui avait été versé; l'intimé était tenu de réviser ces décisions. Au demeurant, ces décisions étaient manifestement erronées en l'absence de prise en compte desdits revenus, et leur rectification revêtait une importance notable; l'intimé avait donc en tout état la faculté de les reconsidérer ( ATAS/431/2016 du 1er juin 2016 consid. 7). L'intimé a ensuite agi sans tarder, puisqu'il a recalculé le droit de la recourante au subside

de l'assurance-maladie pour l'année 2013 et révoqué ses décisions des 17 décembre 2012 et 7 octobre 2013 par décision du 23 juin 2016. 7. a. L'intimé n'a pas davantage tardé à exiger la restitution du subside d'assurance-maladie perçu en trop par la recourante en 2013. b. Selon l'art. 25 al. 2 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. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant. Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 122 V 270 consid. 5a). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde – quant à son principe et à son étendue – la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. À défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (SVR 2008 KV n° 4 p. 11 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 4.2). c. En l'espèce, comme chaque année, les 7 et 17 décembre 2012, l'intimé a adressé à la recourante respectivement une « Communication importante » concernant les prestations qui seraient versées en 2013, rappelant son obligation de contrôler attentivement les montants figurant sur le plan de calcul de ses prestations et de lui signaler sans délai tout changement intervenant dans sa situation financière et/ou personnelle, et un plan de calcul relatif aux prestations complémentaires et au subside de l'assurance-maladie, avec le rappel de cette double obligation, et ne retenant pas de gain d'activité lucrative. La recourante n'a pas réagi. Elle n'a pas signalé à l'intimé qu'elle avait réalisé ledit revenu de CHF 8'396.- en 2013 ou même réaliserait un revenu d'une activité indépendante, ni aussitôt en décembre 2012 ou janvier 2013, ni au cours de l'année 2013 et même des années subséquentes. L'intimé indique – sans que des éléments du dossier ne le contredisent, ni que la recourante ne démontre le contraire, ne serait-ce qu'au degré de la vraisemblance prépondérante – qu'elle lui avait communiqué ces revenus ou des informations devant le conduire à en inférer qu'elle avait réalisé des gains par l'exercice d'une activité lucrative. C'est après avoir reçu, le 3 mars 2016, les avis de taxation fiscale de la recourante pour les années 2010 à 2014, faisant mention d'un revenu net de CHF 9'111.- en 2013, que l'intimé a disposé d'un indice suffisant justifiant l'ouverture d'une procédure de révision, qu'il a alors effectivement initiée le 2 mai 2016 (en devant rappeler à la recourante, le 2 juin 2016, sa demande de pièces) et qui a abouti à la conclusion, sur la base de son compte d'exploitation pour l'année 2013 (jusqu'à là non produit), que son revenu net pour ladite année était de CHF 8'396.- (somme dont les deux tiers après déduction de CHF 1'000.- [donc CHF 4'930.70] devaient être pris en considération pour la fixation de son revenu déterminant, en application des art. 11 al. 1 let. a LPC et 5 LPCC). Avant qu'il n'ouvre une procédure de révision, le 2 mai 2016, le dernier compte d'exploitation dont l'intimé disposait pour l'avoir réclamé lors d'une précédente révision concernait l'année 2011, faisant état d'un déficit de CHF 5'639.-. Sans doute le dossier de la recourante comportait-il

un courrier du 24 avril 2012 expliquant qu'au vu de ses difficultés financières, elle complétait les revenus de ses rentes par des activités de psychothérapeute indépendante. L'intimé n'était pas pour autant censé vérifier depuis lors spontanément si, année après année postérieurement à l'année 2012, la recourante continuait à réaliser de tels revenus d'appoint, d'autant plus que cette dernière avait alors déjà 69 ans et était à la retraite. Comme la chambre de céans l'a déjà dit, il appartient aux assurés d'annoncer les changements et de transmettre les pièces et renseignements permettant au SPC de calculer leurs prestations et il n'y a ni transmission « automatique » de documents, ni obligation pour le SPC de vérifier chaque année la conformité des plans de calcul aux déclarations fiscales ( ATAS/765/2013 du 13 août 2013 consid. 9 p. 9 in medio ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_954/2008 du 29 mai 2009 consid. 7.3, en lien avec la question de la bonne foi). La recourante devait d'autant moins l'ignorer qu'elle avait déjà fait l'objet, en 2012, d'une décision l'obligeant à restituer CHF 5'202.- de subsides d'assurance-maladie perçus en trop en 2010. d. La prétention en remboursement émise par l'intimé le 27 juin 2016 n'était pas périmée. 8. La décision attaquée est donc bien fondée. L'obligation qu'elle impose de restituer des prestations sociales indûment touchées rétablit l'ordre légal, après la découverte d'un fait nouveau (ATF 122 V 134 consid. ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 61/2004 du 23 mars 2006 consid. 5 in fine ; ATS/738/2017 du 29 août 2017 consid. 3b ; ATAS/505/2016 du 28 juin 2016 consid. 4 ; ATAS/513/2015 du 30 juin 2015 consid. 3 ; ATAS/107/2014 du 23 janvier 2014 consid. 6a in fine). La décision attaquée ne consacre aucun excès ou abus de pouvoir d'appréciation. Si cette décision est indépendante de la bonne foi de la recourante, il sied de relever que l'intimé ne pouvait considérer que la première condition d'une remise de l'obligation de restituer qu'elle impose, consistant précisément en la bonne foi de la bénéficiaire de ladite prestation indûment perçue, était manifestement remplie, si bien qu'il n'avait pas à accorder d'emblée une telle remise, à supposer que la seconde condition, tenant en l'exposition à une situation financière difficile, fût remplie (cf. ci-dessus consid. 3 in fine). 9. a. Le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité. b. La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA). c. Il n'y a pas matière à allouer une indemnité de procédure, ni à la recourante, eu égard à l'issue donnée à son recours (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61). **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.