

GE_GERICHTE A/4027/2007 vom 8. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4027_2007

FR: GE_GERICHTE A/4027/2007 du 8 avril 2008

IT: GE_GERICHTE A/4027/2007 del 8 aprile 2008

Regeste

; PC ; PRESTATION COMPLÉMENTAIRE ; FRAIS DE MALADIE ; DENTISTE ;
COMPENSATION DE CRÉANCES ; CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION
D'ASSURANCE | LPC3d; LPC19; LPC19a; LPC2

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.04.2008
A/4027/2007

; PC ; PRESTATION COMPLÉMENTAIRE ; FRAIS DE MALADIE ; DENTISTE ;
COMPENSATION DE CRÉANCES ; CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION
D'ASSURANCE | LPC3d; LPC19; LPC19a; LPC2

A/4027/2007 ATAS/406/2008 (2) du 08.04.2008 (PC) , PARTIELMNT ADMIS
Descripteurs : ; PC ; PRESTATION COMPLÉMENTAIRE ; FRAIS DE MALADIE ;
DENTISTE ; COMPENSATION DE CRÉANCES ; CONDITION DU DROIT À LA
PRESTATION D'ASSURANCE Normes : LPC3d; LPC19; LPC19a; LPC2 En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4027/2007
ATAS/406/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 2 du 8 avril 2008 En la cause Monsieur R_____, domicilié à GENEVE
recourant contre OFFICE CANTONAL DES PERSONNES ÂGÉES, sis route de Chêne 54,
GENEVE intimé EN FAIT Le 8 juillet 1998, Monsieur R_____ (ci-après le recourant),
marié et père de deux enfants, au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité à 100 %
depuis le 1 er juin 1997, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal
des personnes âgées (ci-après OCPA). Le 2 décembre 1998, l'OCPA lui a adressé cinq
décisions définitives portant la date du 30 novembre 1998, lui refusant toute prestation
complémentaire fédérale à l'AVS/AI, lui octroyant des prestations complémentaires
cantonales à l'AVS/AI du 1 er avril 1998 au 31 juillet 1998 de fr. 193.- par mois ainsi qu'un
subside d'assurance maladie de fr. 924.- par mois, et lui refusant prestation complémentaire
cantonale du 1 er juin 1997 au 31 mars 1998 et dès le 1 er août 1998, seul un subside
d'assurance maladie de fr. 924.- lui étant accordé dès le 1 er août 1998. Le 10 novembre
1999 l'OCPA a rendu une décision refusant au recourant toute prestation complémentaire
tant fédérale que cantonale dès le 12 décembre 1999, mais mentionnant un subside
d'assurance-maladie de fr. 874.- par mois, versé directement par le Service
d'assurance-maladie (SAM). Le 28 avril 2000, l'OCPA a communiqué à Monsieur
R_____ six nouvelles décisions, tout en lui réclamant le remboursement d'un montant
de fr. 12'281,60. montant qu'il avait perçu en trop à titre de subside d'assurance-maladie. Le
27 novembre 2001, l'OCPA a rendu une décision sur réclamation et sur demande de remise
par laquelle il confirmait la demande de restitution de fr. 12'281,60 et rejetait la demande de
remise présentée par le recourant. Il demandait en outre la restitution d'un montant de fr.

193.- perçu à titre de prestation complémentaire cantonale et la restitution d'un montant de fr. 3'696.-, versé à tort le 7 novembre 2001 par suite d'une erreur informatique. En annexe, l'OCPA a joint douze nouvelles décisions, dont la décision PC n° 748470 comportant un poste « restitution prestation OCPA » et « restitution subside OCPA » et mentionnant les sommes de fr. 193.- et de fr. 3'696.-. Par arrêt du 27 septembre 2003, le Tribunal de céans a déclaré nulle et de nul effet la demande de restitution portant sur le subside d'assurance-maladie et, s'agissant des deux autres montants réclamés en remboursement, a constaté avoir affaire à un « véritable casse-tête chinois », en raison notamment du fait que ces demandes avaient été traitées pour la première fois dans le cadre d'une opposition à une autre décision. Par conséquent il a renvoyé la cause à l'OCPA pour qu'une nouvelle décision de restitution de ces deux montants soit rendue. Par décision du 16 octobre 2003, l'OCPA a constaté que la créance de 193 fr. était prescrite, et a réclamé la somme de fr. 3'696 en remboursement, somme versée sans cause le 7 novembre 2001. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition le 30 mai 2007. Le recourant a formé une demande de remise, qui a été rejetée par l'OCPA le 15 août 2007. Sur opposition, l'OCPA a confirmé cette décision, le 21 septembre 2007. La remise devait en effet être refusée, selon l'Office, puisque cette somme lui avait été versée en raison d'une erreur informatique, ce dont le recourant aurait dû se rendre compte, d'autant plus qu'à l'époque de ce versement il ne percevait plus de prestations complémentaires. Dans son recours du 24 octobre 2007, le recourant s'étonne de cette décision sur opposition tardive, et pensait que le litige était clos suite à son opposition du 16 octobre 2003. Il rappelle qu'un précédent arrêt relevait déjà le caractère embrouillé des procédures de l'OCPA et son manque de clarté. Par ailleurs, il rappelle que sa situation et celle de sa famille est financièrement très difficile. Après avoir touché son capital de prévoyance professionnelle et l'avoir totalement utilisé, l'OCPA en a malgré tout tenu compte, ce qui l'a lésé. Dans sa réponse du 13 novembre 2007, l'OCPA conclut au rejet du recours et renvoie pour le surplus à ses précédentes décisions. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue en date du 12 février 2008 (et non du 18 décembre 2007 comme mentionné par erreur sur le procès-verbal). À cette occasion, les parties ont déclaré ce qui suit : « Mme KARLEN : Je confirme que la décision de restitution de fr. 3'696 qui nous occupe aujourd'hui est bien entrée en force sur le principe de la restitution, car la décision sur opposition du 30 mai 2007, pièce 21 de notre chargé, est entrée en force. Nous avons ensuite traité la demande de remise incluse dans l'opposition par décision du 15 août 2007 puis décision sur opposition du 21 septembre 2007. Je prends note que le Tribunal nous a transmis les pièces du recourant en particulier un dernier rappel du médecin-dentiste A_____ du 20 juin 2006 d'un montant de fr. 3'968, et j'examinerai à l'office la possibilité de rembourser cette somme au recourant sous déduction de la somme due par lui de fr. 3'696 . J'ai par ailleurs d'ores et déjà examiné si la créance était irrécouvrable au sens du chiffre 7046 des DPC mais tel n'est pas le cas vu l'activité lucrative de l'épouse du recourant. M. R_____ : Je confirme qu'au moment du versement erroné en novembre 2001, nous ne touchions plus aucune prestation de l'OCPA et c'est le SAM qui prenait en charge nos assurances-maladie. Je confirme que ce versement, certes erroné, était le bienvenu, tant nos difficultés financières étaient grandes. J'ai pensé qu'il s'agissait d'un arriéré qui m'était versé. Il est vraisemblable que cette somme était déjà dépensée au moment où elle m'a été réclamée en retour le 27 novembre 2001 ». Sur quoi, un délai au 28 février 2008 a été donné à l'OCPA pour détermination. Par courrier du 28 février 2008, l'OCPA a fait savoir au Tribunal qu'il ne lui était pas possible de rembourser la somme de fr. 3'968 à titre de traitement dentaire, au

motif que le recourant n'était plus au bénéfice des prestations complémentaires depuis le 1er janvier 2000, et que dès lors aucune prise en charge des frais médicaux n'était possible. Il a par ailleurs maintenu sa position sur le refus de la remise, seule question litigieuse en l'espèce. Le Tribunal a transmis cette écriture au recourant, le 7 mars 2008, en lui fixant un délai pour se déterminer au 25 mars, notamment sur la question de savoir s'il souhaitait formuler une proposition de remboursement. Sinon, la cause serait gardée à juger sur la question de la remise. Par écriture du 24 mars 2008, le recourant a conclu à ce que l'OCPA soit débouté de sa demande en paiement. Il précise qu'alors qu'il était bénéficiaire des prestations complémentaires il avait déjà un traitement dentaire en cours, qui s'est éternisé en raison de leurs difficultés financières. Il regrette le formalisme de l'OCPA, et persiste dans sa demande que les prestations dentaires indispensables lui soient remboursées. Il regrette que dans leur détresse ils n'aient pas réalisé à qui ils avaient affaire et n'aient pas bénéficié de l'assistance juridique. Il reprend le calcul de ses ressources et dépenses et constate qu'il n'a pas les moyens de subvenir à ses besoins, et que son épouse en subit également les conséquences bien qu'ils soient mariés sous le régime de la séparation des biens. Après transmission de cette écriture à l'OCPA le 26 mars 2008, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce (cf. art. 1 LPC et 1A LPCC). Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La question litigieuse est uniquement celle de savoir si le recourant peut bénéficier de la remise de son obligation de restituer la somme réclamée. En effet, comme mentionné ci-dessus, le principe de la restitution a fait l'objet d'une décision actuellement entrée en force. Jusqu'au 31 décembre 2002, l'art. 47 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; art. abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA) était applicable par analogie à la restitution par un assuré de prestations complémentaires indûment versées (ATF 126 V 23 ; RAMA 2001 n° KV 158 p. 161 consid. 6a). Depuis le 1er janvier 2003, l'art. 25 LPGA prescrit à ses al. 1 et 2 ce qui suit : «1. Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. 2. 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 l'art. 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA), la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile. Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire. S'agissant de la bonne foi selon les art. 25 LPGA et 4 OPGA, on rappellera que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt que le bénéficiaire des prestations ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention

malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, l'assuré peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 112 V 103 consid. 2c ; 110 V 180 consid. 3c). Il y a négligence grave lorsque l'assuré ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 181 consid. 3d). En l'espèce, force est de constater que le recourant a commis une négligence grave à réception de la somme de fr. 3'696.- qui lui a été versée le 7 novembre 2001, en n'interpelant pas l'OCPA sur le motif de ce versement, dans la mesure où il n'était pas au bénéfice de prestations complémentaires, ce que deux décisions lui avaient confirmé, et qu'il ne devait s'attendre à aucun versement. Un téléphone du recourant lui aurait permis de constater sans délai l'erreur informatique commise. Il était exigible de sa part qu'il vérifie ce qu'il en était et non qu'il dispose de cet argent, quand bien même il était plus que bienvenu. Par conséquent, la remise doit être rejetée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner la condition de la charge trop lourde. Le recourant se prévaut implicitement de la compensation avec une facture de frais dentaires, de fr. 3968.-, qu'il a adressé à l'OCPA et dont il demande le remboursement. Toutefois, l'Office a examiné la possibilité de rembourser cette somme au recourant, ce qui s'avère, selon l'Office, impossible dans la mesure où il n'est pas bénéficiaire des prestations complémentaires. Certes, le remboursement de frais de maladie ou de dentiste est accordé aux seuls bénéficiaires de prestations selon l'art. 3d al. 1 let. a LPC, qui prévoit expressément la possibilité de rembourser aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de dentiste dûment établis. Toutefois, cet article est complété par les art. 19 et 19a LPC qui prévoient que les frais de maladie, y compris les frais de dentiste, sont remboursables selon la liste établie par le Département (OMPC) et que les personnes au revenu excédentaire (revenu déterminant supérieur aux dépenses reconnues) ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, si elles remplissent les autres conditions prévues par l'art. 2 LPC. Par conséquent, le recours sera partiellement admis et l'OCPA invité à examiner la demande du recourant sous cet angle. Le Tribunal, conscient des grandes difficultés que doit affronter le recourant, invite celui-ci, quoi qu'il en soit, à se tourner vers les services sociaux, en particulier PRO SENECTUTE, pour obtenir la prise en charge des factures que l'OCPA assumerait, s'il y avait droit. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision litigieuse. Invite l'OCPA à rendre une nouvelle décision au sens des considérants. Dit que la procédure est gratuite. Dit que pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, les parties 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, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Florence SCHMUTZ La Présidente Isabelle DUBOIS Une copie conforme du présent arrêt

est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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