

## **GE\_GERICHTE A/4079/2013 vom 29. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4079\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4079_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/4079/2013 du 29 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE A/4079/2013 del 29 aprile 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, représentée par la COMMUNE DE MEYRIN, Madame Christine LUZZATTO recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1938, est au bénéficiaire depuis plusieurs années de prestations complémentaires versées par le service des prestations complémentaires (ci-après le SPC ou l'intimé).! [endif]>! [if> 2. Dès le 1 er janvier 2013, les prestations mensuelles ont été fixées à CHF 2'207.- (PCF) et CHF 529.- (PCC), outre le subside d'assurance-maladie. Au titre des dépenses, le plan de calcul mentionnait le forfait (CHF 19'210.- PCF et CHF 25'555.- PCC), un loyer de CHF 19'896.- pris en compte à concurrence de CHF 9'948.-. Au titre des revenus, le plan de calcul tenait compte de la rente AVS (CHF 2'676.-) et de l'intérêt de l'épargne (CHF 1.-).! [endif]>! [if> 3. L'assurée a été emmenée aux urgences de l'hôpital cantonal (HUG) le 27 mai, puis hospitalisée du 28 mai au 30 juillet 2013 aux HUG, soit à Beau-Séjour du 28 mai au 3 juillet puis à Jolimont du 3 au 30 juillet 2013. Elle est ensuite rentrée à domicile.! [endif]>! [if> 4. L'assurée a été hospitalisée dans le service de cardiologie et neurologie des HUG du 11 au 19 septembre 2013.! [endif]>! [if> 5. Par deux décisions du 25 octobre 2013, le SPC a, d'une part, réclamé le remboursement de CHF 10'944.- de prestations versées du 1 er juillet au 31 octobre 2013, soit CHF 8'828.- (PCF) et CHF 2'116.- (PCC). D'autre part, le SPC a fixé le montant des prestations mensuelles du 1 er juillet au 31 octobre 2013 à CHF 1'177.- (PCF) et CHF 0 (PCC). Pour ces quatre mois, le montant en faveur de l'assurée était de CHF 4'708.-, retenu en remboursement d'une dette existante. Dès le 1 er novembre 2007, le montant des prestations était fixé à CHF 1'177.- par mois. Au titre des dépenses, le plan de calcul tenait compte d'un forfait (CHF 3'600.-) et du supplément de loyer (CHF 13'200.-). Les revenus pris en compte dans le plan de calcul n'ont pas été modifiés. ! [endif]>! [if> 6. L'assurée a formé opposition aux deux décisions le 4 novembre 2013. Elle n'était d'accord ni avec le montant à rembourser ni avec le nouveau calcul des prestations. Elle habitait chez elle et dépendait des prestations pour vivre. Elle n'était jamais entrée en institution. ! [endif]>! [if> 7. Par décision sur opposition du 18 novembre 2013, le SPC a admis l'opposition. Dès le 1 er octobre 2013, soit dès le premier jour du mois suivant le retour à domicile de l'assurée, les calculs ont été repris. Depuis cette date, les prestations mensuelles étaient à nouveau fixées à CHF 2'207.- (PCF) et CHF 529.- (PCC) sur les mêmes bases que celles fixées dès le 1 er janvier 2013. Le montant dû pour la période du 1 er octobre au 30 novembre 2013 (CHF 5'472.-) après déduction du montant déjà versé pour cette période (CHF 2'354.-) impliquait un solde en faveur de l'assurée de CHF 3'118.-, lequel était retenu en remboursement d'une dette existante.! [endif]>! [if> 8. Par décision du 13 décembre 2013, le SPC a fixé les prestations dès le 1 er janvier 2014 au même montant et sur les mêmes bases que celles

fixées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013. 9. Représentée par le service des aînés de la commune de Meyrin, l'assurée a formé recours le 18 décembre 2013. C'était à tort que le SPC avait considéré le retour à domicile le 1<sup>er</sup> octobre seulement puisque l'assurée était rentrée le 30 juillet 2013. 10. Dans le délai fixé pour déposer son préavis suite au recours, le SPC a informé la chambre de céans, le 16 janvier 2014, qu'il avait reconsidéré sa décision sur opposition. 11. Par décision sur opposition du 16 janvier 2014, annulant et remplaçant celle du 18 novembre 2013, le SPC a admis l'opposition. Le montant des prestations a été revu dès le 1<sup>er</sup> août 2013, soit dès le premier jour du mois suivant le retour de l'assurée à son domicile. Pour le mois d'août et septembre 2013, les prestations dues à l'assurée s'élevaient à CHF 5'472.-. Après déduction des prestations déjà versées (CHF 2'354.-), le solde en faveur de l'assurée s'élevait à CHF 3'118.-, retenu « en remboursement d'une dette existante, de sorte que cette dernière était désormais éteinte. En d'autres termes, la dette de CHF 6'236.- issue des décisions du 25 octobre 2013 n'existait plus ». 12. Par pli du 20 janvier 2014, la mandataire de l'assurée a indiqué qu'elle était d'accord avec la nouvelle décision, mais constatait qu'elle ne traitait pas des prestations des mois d'octobre et novembre 2013, et souhaitait disposer d'un plan de calcul allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 novembre 2013. 13. Par pli du 4 février 2014, le SPC a produit les plans de calcul du 1<sup>er</sup> au 31 juillet, du 1<sup>er</sup> août au 30 septembre 2013 ainsi que celui valable dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013, annexé à la décision sur opposition du 18 novembre 2013. 14. Par pli du 7 mars 2014, la mandataire de l'assurée a estimé qu'il y avait « un souci » dans les plans de calcul d'octobre et novembre 2013, car les montants avaient été compensés deux fois, sollicitant des explications complémentaires du SPC ou une comparution personnelle. 15. Par pli du 24 mars 2014, le SPC a établi des tableaux récapitulatifs pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 30 novembre 2013. Il en résultait que l'assurée n'avait plus de dette, que depuis le 1<sup>er</sup> août 2013, elle percevait bien des prestations de CHF 2'736.- par mois (PCF +PCC) et ne pouvait prétendre à aucune autre somme complémentaire en sa faveur, pour autant que telle soit sa conclusion. 16. Invitée à indiquer si les explications du SPC permettaient que la Cour prenne acte de la décision de reconsidération, l'assurée a maintenu son recours le 7 mars 2014. 17. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le régime des prestations complémentaires de l'AVS/AI. Ses dispositions s'appliquent aux prestations versées par les cantons en vertu du chapitre 1a, à moins que la LPC n'y déroge expressément (cf. art. 1 al. 1 LPC). Sur le plan cantonal, l'art. 1A LPCC prévoit qu'en cas de silence de la loi, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie. Les prestations en cause ayant été versées en 2013, la LPGA est applicable, ainsi que la

LPC et la LPCC dans leur teneur dès le 1er janvier 2011. 3. En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA ; voir également art. 9e de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPCF]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit. 4. Interjeté dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable. Le litige porte sur la reconsidération de la décision sur opposition du 18 novembre 2013 par décision du 16 janvier 2014. 5. En principe, le recours administratif et le recours de droit administratif ont un effet dévolutif. Un recours a un effet dévolutif lorsque l'autorité de recours peut revoir les divers aspects de l'acte attaqué, sans que son auteur ait la faculté de le modifier (GRISEL, Traité de droit administratif, p. 920 ; à propos de ce principe de droit fédéral et de ses exceptions, voir également ATF 127 V 231 consid. 2b, ATFA non publié du 28 mars 2002, C 325/00, consid. 3c). L'art. 53 al. 3 LPGA dispose que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « pendente lite » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (cf. ATFA non publiés du 31 août 2004, I 497/03 ; voir aussi ATF 127 V 232 s. consid. 2b/bb). Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), le recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales a un effet dévolutif (al. 1 er) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2). Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3). La décision prise « pendente lite » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237). Dans un arrêt non publié du 15 juin 2007 (I 115/06, consid. 2.1) appliquant l'art. 53 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette jurisprudence. 6. En l'espèce, la décision du 25 octobre 2013 porte sur le montant des prestations dues du 1er juillet 2013 au 31 octobre 2013. La décision sur opposition du 18 novembre 2013 a statué sur l'opposition formée contre cette décision, mais a étendu l'objet du litige au mois de novembre 2013. La décision de reconsidération couvre la même période du 1er juillet 2013 au 30 novembre 2013. Il n'est plus contesté par le SPC que l'assurée a été hospitalisée du 28 mai au 30 juillet 2013 aux HUG. La recourante ne conteste pas le droit du SPC de lui appliquer le tarif home du 1er au 30 juillet 2013. Elle admet aussi que le calcul du montant de la prestation mensuelle finalement due à l'assurée est correct, soit CHF 1'177.- pour juillet 2013 et CHF 2'736.- pour les mois d'août à novembre 2013. Elle ne conteste pas avoir effectivement perçu effectivement CHF 2'736.- de juillet à octobre inclus et CHF 1'177.- en novembre. Ainsi, en tant que la décision du 16 janvier 2014 donne droit entièrement aux conclusions de la recourante, puisque seule la prestation pour le mois de juillet est réduite à CHF 1'177.-, le litige n'a plus d'objet. Pourtant, la recourante prétend que tel n'est pas le cas et que le litige subsisterait, limité à la compensation entre les montants effectivement versés

et ceux perçus, de sorte que la décision de reconsidération ne mettrait pas un terme au litige sur ce point. Il peut paraître compliqué de récapituler les conséquences des décisions successives, puisqu'elles ne portent pas sur la même période et qu'elles repartent de la situation ressortant de la dernière décision avec l'hypothèse que la prestation due selon celle-ci a effectivement été payée, même si tel n'est pas le cas. Selon la décision du 25 octobre 2013 (juillet à octobre 2013), l'assurée est débitrice de CHF 6'236.- [(4 x CHF 2'736.- versés) – (4 x CHF 1'177.- dus)]. Selon la décision sur opposition du 18 novembre 2013 (octobre et novembre 2013), l'assurée est créancière de CHF 3'118.- [(1 x CHF 1'177.- "versé" pour octobre en tenant compte de la dette ressortant de la décision du 25 octobre 2013 et 1 x CHF 1'177.-effectivement versé pour novembre 2013) – (2 x CHF 2'736.- dus)]. Selon la décision du 14 janvier 2014 (août et septembre 2013), l'assurée est créancière de CHF 3'118.- [(2 x CHF 1'177.-"versés" en tenant compte de la dette ressortant de la décision du 25 octobre) – (2 x CHF 2'736.- dus)]. Ainsi, la dette de CHF 6'236.- est entièrement compensée par la créance de CHF 6'236.- (3 x CHF 3'118.-) et il n'y a ni « souci », ni double compensation. A cet égard, le tableau produit par la recourante est aussi obscur que les décisions successives du SPC. Au demeurant, il suffit de procéder à un calcul suivant pour admettre que le cas est réglé, comme suit: Mois Montant dû Montant effectivement perçu  
Juillet 2013 CHF 1'177.- CHF 2'736.-  
Août 2013 CHF 2'736.- CHF 2'736.-  
Septembre 2013 CHF 2'736.- CHF 2'736.-  
Octobre 2013 CHF 2'736.- CHF 2'736.-  
Novembre 2013 CHF 2'736.- CHF 1'177.-  
Totaux CHF 12'121.- CHF 12'121.-  
Solde CHF 0.- CHF 0.-  
Ainsi, la recourante a obtenu l'entier de ses conclusions puisque les prestations ont été réduites pour juillet 2013 seulement et que le montant trop perçu pour ce mois a été compensé en novembre 2013. Elle ne fait pas valoir que cette compensation serait contraire au droit. 7. En conséquence, la Cour prend acte de la décision de reconsidération du 16 janvier 2014 annulant et remplaçant celle du 18 novembre 2013 et le recours maintenu par la recourante est rejeté. La procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Prend acte de la décision de reconsidération de l'intimé du 18 janvier 2014. 3. Rejette le recours. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le