

GE_GERICHTE A/40/2013 vom 12. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_40_2013

FR: GE_GERICHTE A/40/2013 du 12 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/40/2013 del 12 marzo 2013

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur W _____, domicilié au Petit-Lancy recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, 1208 Genève intimé EN FAIT Monsieur W _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1941 et son épouse, W _____, née en 1939 sont à la retraite depuis 2006, respectivement 2002. L'assuré a déposé une demande de prestations complémentaires à sa rente AVS le 9 novembre 2010 et une demande d'aide sociale le 10 janvier 2011. L'assuré a produit les extraits de compte au 31 décembre 2010 et les informations suivantes :
Postfinance _____ : 10'506 fr. Postfinance _____ : 279 fr. Raiffeisen _____ : 8 fr. 95 Banque MIGROS _____ : 37 fr. 50 UBS _____ : 10 fr. 95 L'assuré a précisé qu'il avait clôturé, en 2010, les CCP _____ et _____.
L'assuré a précisé qu'il avait déjà sollicité des prestations complémentaires le 14 octobre 2010 qui lui avaient été refusées, car il avait dépensé la totalité de son deuxième pilier. Par décision du 26 janvier 2011, le SPC a refusé la demande de prestations d'assistance. Par décision du même jour, il a admis la demande de prestations complémentaires dès le 1 er janvier 2011. Le plan de calcul tient compte, au titre des dépenses, du forfait et d'un loyer de 13'716 fr. charges comprises et, au titre des revenus, des rentes AVS, de l'épargne (16'121 fr.) et de biens dessaisis (154'149 fr.) pris en compte à hauteur de 11'027 fr. (PCF) et 22'054 fr. (PCC), des intérêts de l'épargne et du produit hypothétique des biens dessaisis (911 fr.). En raison d'un excédent de recettes, seule la couverture de la prime d'assurance-maladie de chacun des époux est octroyée. L'assuré a formé opposition le 11 février 2011. Il fait valoir que les charges incompressibles du couple (3'552 fr.) dépassent ses revenus (3'421 fr.) de sorte qu'une aide de 1'000 fr./mois lui permettrait au moins de vivre modestement. Il a précisé le 9 août 2011 que malgré la prise en charge des primes d'assurance maladie et de Billag, le budget restait déficitaire de plus de 500 fr. en tenant aussi compte des assurances complémentaires, RC, des franchises et des dettes. Le SPC a rejeté l'opposition par décision sur opposition du 15 août 2011. Par décision du 20 septembre 2011, le SPC a réclaté à l'assuré le remboursement des primes d'assurances maladie versées de janvier à septembre 2011, soit 6'822 fr. Le SPC a admis l'opposition formée par l'assuré par décision du 25 janvier 2012. En effet, il avait retenu à tort au titre de l'épargne le solde des comptes CCP _____ et _____ au 1 er janvier 2011 alors que ces deux comptes avaient été clôturés en mai et juin 2010. L'épargne s'élevait donc à 11'005 fr. 65 au lieu de 16'121 fr et les intérêts à 32 fr. 70 au lieu de 294 fr. Il en résultait que l'assuré pouvait à nouveau bénéficier du subside d'assurance-maladie dès le 1 er janvier 2011 et que la demande de restitution était annulée. Par pli du 28 juin 2012, l'assuré a transmis au SPC divers documents et en particulier, un avis de modification de loyer du 17 décembre 2010 qui prévoit une réduction du loyer annuel de 10'968 fr. à 10'692 fr., le montant des charges et autres frais accessoires étant maintenu à 1'908 fr. et 840 fr. Au total, le loyer est ainsi passé

de 13'716 fr. à 13'440 fr. dès le 1^{er} mai 2011. Par décision du 13 août 2012, le SPC a réclamé à l'assuré le remboursement des primes d'assurances maladie versées de mai à octobre 2011, soit 4'548 fr. Dès novembre 2011, en raison de la diminution de l'épargne de 11'005 fr. à 6'002 fr., l'excédent de revenus au niveau PCF passe de 10'910 fr. à 10'409 fr., de sorte que l'assuré a à nouveau droit, dès le 1^{er} novembre 2011, à la couverture des primes d'assurance-maladie. Dès le 1^{er} janvier 2012, le montant des biens dessaisis passe de 154'149 fr. à 144'149 fr., de sorte que l'excédent de ressources au niveau PCF est de 9'369 fr. L'assuré a formé opposition le 21 août 2012. Il ne comprend pas la décision de restitution alors que le SPC a récemment admis sa précédente opposition. Par décision sur opposition du 17 décembre 2012, le SPC rejette l'opposition. En substance, ce n'est que le 2 juillet 2012 que le SPC a pris connaissance de la baisse de loyer intervenue dès le 1^{er} mai 2011, raison pour laquelle les calculs ont été rectifiés. En raison de cette baisse de loyer, l'assuré a, à nouveau, perdu le droit aux subsides de l'assurance-maladie pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2011 et il y a à nouveau droit dès le 1^{er} novembre 2011. C'est donc uniquement en raison de la baisse de loyer qui n'a pas été annoncée en temps voulu que la restitution des subsides a été réclamée. Par acte du 8 janvier 2013, l'assuré forme recours contre la décision sur opposition. En substance, il fait valoir qu'il ne peut pas vivre décemment sans l'aide du SPC, que le total des charges du couple excède ses revenus, de sorte qu'il lui est impossible de rembourser la somme réclamée. Le SPC a confirmé sa position le 6 février 2013 et a conclu au rejet du recours. Invité à consulter les pièces produites et à se déterminer, l'assuré a maintenu son recours le 12 février 2013. La cause a été gardée à juger le 18 février 2013. EN DROIT 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^{er} 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 à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique à la décision de restitution du 21 juin 2011. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige concerne le droit du SPC de réclamer à l'assuré la restitution des subsides d'assurance-maladie du 1^{er} mai au 31 octobre 2011. a) Aux termes de l'art. 4 al. 1^{er} let. a LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). L'art. 3 al. 1^{er} LPC prévoit que les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b). Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. b) Pour les personnes vivant à domicile, les dépenses reconnues comprennent notamment les montants destinées à la couverture des besoins vitaux, le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs à concurrence du montant annuel maximum de 13'200 fr. pour les personnes seules (15'000 fr. pour les couples ou avec des enfants), le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins à hauteur du montant maximum de la prime moyenne cantonale ou régionale et les

cotisations aux assurances sociales (cf. art. 10 LPC). Selon l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b), un dixième de la fortune nette pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse la franchise prévue par la loi (let. c), ainsi que les rentes AVS (let. d). a) À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1^{er}). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2). S'agissant des subsides, l'art. 33 al. 2 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05), prévoit que dans le cas où ils ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du SPC, ce dernier peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie. Selon l'art. 33 al. 1 LaLAMal, la restitution des subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA. L'obligation de restituer prévue par l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5; ATF 129 V 110 consid. 1.1). La modification de décisions d'octroi de prestations complémentaires peut avoir un effet *ex tunc* - et, partant, justifier la répétition de prestations déjà perçues - lorsque sont réalisées les conditions qui président à la révocation, par son auteur, d'une décision administrative. A cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). Lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGA, art. 31 LPC et 11 LPCC et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indu de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (*ex tunc*), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la restitution - une obligation de restituer (ATF 119 V 431 consid. 2, SVR 1995 IV n° 58 p. 165). En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps sont indépendantes de la bonne foi du bénéficiaire des prestations, car il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau (ATF non publié P 61/2004 du 23 mars 2006). Selon l'art. 4 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), 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. Pour le surplus, dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (ATFA non publié du 25 janvier 2006, C 264/05, consid. 2.1). a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, il est établi que le montant du loyer de l'assuré a été réduit par avis du 17 décembre 2010 de 13'716 fr./an à 13'440 fr./an dès le 1^{er} mai 2011 et que l'assuré en a informé le SPC seulement par pli du 28 juin 2012, reçu le 2 juillet 2012. Les plans de calculs du SPC ne sont à juste titre pas contestés, car ils tiennent compte exactement des revenus et des dépenses admises par la LPC. Ainsi, c'est à bon droit que le SPC réclame le remboursement des prestations versées à tort du 1^{er} mai au 31 octobre 2011. Il s'avère certes que la faible baisse de loyer (276 fr./an) a pour effet de faire passer l'assuré juste en-dessous du barème donnant droit au subsidie d'assurance-maladie. En effet, l'excédent de ressources (10'910 fr.) étant supérieur aux primes d'assurance-maladie (10'800 fr.), l'assuré n'a plus droit à aucune prestation. Cet effet de "seuil" a des conséquences économiques importantes, car une amélioration de la situation budgétaire de 276 fr./an a pour effet de priver l'assuré de la prise en charge des primes (10'800 fr.), ainsi que de la franchise et de la participation aux frais de maladie. Cela étant dit, telle est la volonté du législateur et ni le SPC, ni la Cour de céans ne peuvent s'écarter du texte clair de la loi. D'ailleurs, la presse s'est récemment fait l'écho de cet effet de seuil et il appartient - le cas échéant - au législateur d'y remédier. Au surplus, seules les dépenses expressément prévues par la loi peuvent être prises en compte dans les calculs du SPC et les frais de coiffeur, nourriture, habillement, divers sont inclus dans le forfait. Pour les bénéficiaires de prestations, les frais de transport (TPG), ainsi que les frais de maladie et de dentiste, sous réserve de leur adéquation, voire d'aide ménagère si elle est indispensable pour des raisons de santé, sont pris en charge et il est certain que lors de la suppression des prestations, ces charges grèvent à nouveau le budget. Ainsi, la demande de restitution des primes d'assurance-maladie versées de mai à octobre 2011 est bien fondée. Les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours relèvent au demeurant de la demande de remise, qui devra faire l'objet d'une décision distincte du SPC après que la décision de restitution soit définitive. Le recours, mal fondé, est donc rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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

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