GE_GERICHTE A/433/2012 vom 21. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_433_2012

FR: GE_GERICHTE A/433/2012 du 21 juin 2012

IT: GE_GERICHTE A/433/2012 del 21 giugno 2012

Regeste

PC ; AVOIR DE VIEILLESSE ; PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE SELON LA LPP ; DESSAISISSEMENT DE FORTUNE ; | L'assuré qui a choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'a consacré à un autre but que celui de la prévoyance ne peut pas bénéficier des prestations complémentaires cantonales (art. 2 al. 4 LPCC). La pratique du SPC consistant à déterminer si le capital a été consacré à un autre but que la prévoyance en calculant la couverture des besoins vitaux avec le capital est susceptible d'entraîner une inégalité de traitement par rapport à l'assuré qui perçoit une rente LPP. Or, le but du législateur est d'éviter les abus de la part des assurés qui dilapident leur capital avant d'obtenir des prestations complémentaires auxquelles ils n'auraient pas eu droit en cas de rente. Par conséquent, la loi permet de tenir compte de la situation financière qui aurait été la leur s'ils avaient perçu une rente LPP. Il y a lieu d'examiner, au préalable, si les ressources de l'assuré, en tenant compte de la rente LPP qui lui aurait été versée, de sa rente AVS et des prestations complémentaires fédérales calculées en fonction de ces derniers revenus, auraient été supérieures à ses dépenses. Si tel est le cas, le SPC est fondé à calculer la couverture des besoins vitaux avec le capital, car il s'avère alors que l'assuré n'aurait pas non plus eu droit à des prestations cantonales s'il avait opté pour la rente LPP. Sinon, l'assuré a droit aux prestations cantonales qui auraient été versées en complément des rente AVS et LPP et des prestations fédérales effectivement perçues. | LPCC 2 al. 4

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.06.2012 A/433/2012

PC ; AVOIR DE VIEILLESSE ; PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE SELON LA LPP ; DESSAISISSEMENT DE FORTUNE ; | L'assuré qui a choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'a consacré à un autre but que celui de la prévoyance ne peut pas bénéficier des prestations complémentaires cantonales (art. 2 al. 4 LPCC). La pratique du SPC consistant à déterminer si le capital a été consacré à un autre but que la prévoyance en calculant la couverture des besoins vitaux avec le capital est susceptible d'entraîner une inégalité de traitement par rapport à l'assuré qui perçoit une rente LPP. Or, le but du législateur est d'éviter les abus de la part des assurés qui dilapident leur capital avant d'obtenir des prestations complémentaires auxquelles ils n'auraient pas eu droit en cas de rente. Par conséquent, la loi permet de tenir compte de la situation financière qui aurait été la leur s'ils avaient perçu une rente LPP. Il y a lieu d'examiner, au préalable, si les ressources de l'assuré, en tenant compte de la rente LPP qui lui aurait été versée, de sa rente AVS et des prestations complémentaires fédérales calculées en fonction de ces derniers revenus, auraient été supérieures à ses dépenses. Si tel est le cas,

le SPC est fondé à calculer la couverture des besoins vitaux avec le capital, car il s'avère alors que l'assuré n'aurait pas non plus eu droit à des prestations cantonales s'il avait opté pour la rente LPP. Sinon, l'assuré a droit aux prestations cantonales qui auraient été versées en complément des rente AVS et LPP et des prestations fédérales effectivement perçues. | LPCC 2 al. 4

A/433/2012 ATAS/828/2012 (3) du 21.06.2012 (PC) , REJETE Descripteurs : PC ; AVOIR DE VIEILLESSE ; PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE SELON LA LPP ; DESSAISISSEMENT DE FORTUNE ; Normes : LPCC 2 al. 4 Résumé : L'assuré qui a choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'a consacré à un autre but que celui de la prévoyance ne peut pas bénéficier des prestations complémentaires cantonales (art. 2 al. 4 LPCC). La pratique du SPC consistant à déterminer si le capital a été consacré à un autre but que la prévoyance en calculant la couverture des besoins vitaux avec le capital est susceptible d'entraîner une inégalité de traitement par rapport à l'assuré qui perçoit une rente LPP. Or, le but du législateur est d'éviter les abus de la part des assurés qui dilapident leur capital avant d'obtenir des prestations complémentaires auxquelles ils n'auraient pas eu droit en cas de rente. Par conséquent, la loi permet de tenir compte de la situation financière qui aurait été la leur s'ils avaient perçu une rente LPP. Il y a lieu d'examiner, au préalable, si les ressources de l'assuré, en tenant compte de la rente LPP qui lui aurait été versée, de sa rente AVS et des prestations complémentaires fédérales calculées en fonction de ces derniers revenus, auraient été supérieures à ses dépenses. Si tel est le cas, le SPC est fondé à calculer la couverture des besoins vitaux avec le capital, car il s'avère alors que l'assuré n'aurait pas non plus eu droit à des prestations cantonales s'il avait opté pour la rente LPP. Sinon, l'assuré a droit aux prestations cantonales qui auraient été versées en complément des rente AVS et LPP et des prestations fédérales effectivement perçues. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/433/2012 ATAS/828/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21 juin 2012 En la cause Madame G_____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, 1208 Genève intimé EN FAIT 1. MadameG_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1940, a pris sa retraite le 30 juin 2002 et perçoit depuis lors une rente AVS. Elle a choisi le versement de son capital de prévoyance professionnelle (2 ème pilier) ainsi que celui de sa prévoyance liée (3 ème pilier). L'assurée a perçu à ce titre 156'412 fr. le 3 septembre 2002 de la BALOISE et 22'760 fr. le 7 janvier 2002 de SWISS LIFE. Elle disposait aussi d'une prestation de libre-passage de 6'753 fr. sur un compte de libre-passage, débloqué et transféré sur son compte en banque le 24 juin 2003. 2. L'assurée a sollicité le 11 avril 2007 des prestations complémentaires de l'office cantonal des personnes âgées (OCPA, soit depuis 2008 le service des prestations complémentaires - ci-après : le SPC ou l'intimé). Elle a exposé avoir destiné son 3 ème pilier au remboursement d'une dette contractée auprès de sa soeur (12'500 fr.), pour le financement de la moitié du prix d'achat d'une voiture acquise en 1999 (25'000 fr.), ainsi qu'à des frais de dentiste (3'000 fr.), des vacances et des dépenses pour le logement qu'elle partage avec sa soeur. Selon les avis de taxation, elle disposait d'une fortune mobilière de 142'535 fr. au 31 décembre 2002, 125'877 fr. au 31 décembre 2003, 95'923 fr. au 31 décembre 2004, 60'896 fr. au 31 décembre 2005. A la date de la demande, l'assurée a déclaré un compte Raiffeisen (3'180 fr.), un compte BCG (498 fr.) et des obligations Raiffeisen (40'000 fr.). 3. Par décision du 29 mai 2007, l'OCPA a mis

l'assurée au bénéfice du subside d'assurance maladie dès le 1 er avril 2007, le plan de calcul des prestations fédérales (PCF) indiquant que les revenus (27'448 fr.) dépassent les dépenses (26'396 fr.). 4. Il ressort des décisions successives que, en sus du subside, l'assurée a perçu des prestations fédérales annuelles de 1'033 fr. dès le 1 er février 2008, 1'534 fr. dès le 1 er janvier 2009, 2'142 fr. dès le 1 er janvier 2010 et 2'028 fr. dès le 1 er janvier 2011 (décision du 20 décembre 2010). Les décisions tiennent compte de la fortune mobilière sous déduction d'une franchise de 25'000 fr. et à concurrence de 1/10 ème pour les prestations fédérales. Dès le 1 er janvier 2009, la fortune est inférieure à 25'000 fr. et elle n'est plus prise en compte. Les décisions précisent que les prestations cantonales ne peuvent pas être accordées aux personnes qui ont choisi un capital (LPP) en lieu et place d'une rente. 5. Représentée par une avocate, l'assurée a formé opposition le 21 janvier 2011 à la décision d'octroi du 20 décembre 2010, faisant valoir qu'elle a utilisé tout son capital de prévoyance de 2002 à 2009, son épargne s'élevant désormais à 10'000 fr. Elle a ainsi retiré environ 1'400 fr./mois en sus de sa rente AVS pour assurer la couverture de ses besoins vitaux. 6. Par décision sur opposition du 6 janvier 2012, le SPC a partiellement admis l'opposition et fixé le montant annuel des prestations fédérales à 2'031 fr. dès le 1 er janvier 2011, 2'403 fr. dès le 1 er février 2011 (augmentation de la provision de chauffage) et 2'319 fr. dès le 1 er avril 2011 (diminution de loyer). S'agissant des prestations cantonales, le SPC a établi un tableau des sommes que l'assurée aurait dû puiser dans son capital LPP afin de couvrir exclusivement ses besoins vitaux, selon le barème des prestations complémentaires cantonales. Le tableau tient compte, au titre des ressources, de la rente AVS et des intérêts de l'épargne. Au titre des charges, le SPC tient compte du loyer réel (pour moitié), de la prime d'assurance-maladie effective, sous déduction de la part prise en charge par le Service de l'assurance-maladie (SAM), ainsi que des besoins annuels selon les barèmes cantonaux et des dépenses justifiées (frais médicaux, frais bancaires, impôts en 2002). Il résulte de ces calculs que l'assurée aurait dû puiser sur son capital de retraite 16'121 fr. en 2002 (y compris l'impôt sur le capital encaissé), 9'790 fr. en 2003, 9'255 fr. en 2004, 13'418 fr. en 2005, 14'220 fr. en 2006, 9'140 fr. en 2007, 8'074 fr. en 2008, 7'588 fr. en 2009, 7'411 fr. en 2010 et 6'382 fr. en 2011. Ainsi, sur le capital initial de 156'412 fr., il devrait rester 55'013 fr. au 31 décembre 2011. La décision sur opposition précise que le SPC n'a pas tenu compte du compte libre-passage BCG et du 3 ème pilier SWISSLIFE utilisé par l'assurée pour l'achat d'une voiture et le remboursement à sa soeur, tout en acceptant de déduire du 2 ème pilier reçu l'ensemble des impôts, qui ont également taxé le 3 ème pilier SWISSLIFE, ce qui est une solution favorable à l'assurée. 7. Par acte du 8 février 2012, l'assurée, représentée par son avocate, a formé recours contre la décision sur opposition. Elle précise qu'au 31 décembre 2010, sa fortune ne s'élevait plus qu'à 10'134 fr. (compte BCG, compte RAIFFEISEN, parts sociales RAIFFEISEN et actions SWISSLIFE). Elle conteste le droit du SPC de calculer ses besoins depuis 2002 selon le barème des prestations cantonales, citant la jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal cantonal des assurances sociales en matière de prestations fédérales et fait valoir qu'elle a utilisé son capital pour couvrir ses besoins vitaux par des prélèvements réguliers de l'ordre de 1'400 fr./mois, ajoutés à sa rente de vieillesse, de sorte qu'elle a vécu avec un revenu de 3'500 fr./mois. Il ne peut lui être reproché d'avoir eu des dépenses exagérées et elle a simplement souhaité améliorer son ordinaire, en dépassant de peu ce qu'elle aurait pu percevoir avec des prestations complémentaires, ce qui ressort de sa liberté personnelle, comme le souligne le Tribunal fédéral. Dans l'hypothèse où les chiffres du SPC étaient admis, soit un solde de capital de 61'935 fr. au 1 er janvier 2011 et de 55'013 fr. au 1 er janvier 2012, le service aurait dû tenir

compte de ce montant à raison d'1/5 ème seulement, après déduction des franchises prévues par la loi fédérale conformément aux directives applicables. 8. Par pli du 9 mars 2012, le SPC a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que le but de prévoyance au sens de la loi cantonale est réalisé notamment lorsque le capital est utilisé pour constituer une rente viagère ou acquérir une résidence principale, le cas échéant pour assurer la couverture des besoins vitaux. Or, aucune de ces hypothèses n'est réalisée dans le cas de l'assurée, qui se borne à indiquer avoir prélevé régulièrement 1'400 fr./mois, sans détailler l'utilisation de ce montant, ni produire des documents permettant de s'écarter des chiffres retenus par le tableau du SPC. 9. Lors de l'audience du 13 mars 2012, en l'absence non excusée de l'assurée et de son avocate, le SPC a confirmé tenir compte de la couverture des besoins vitaux selon les barèmes du droit cantonal, tout en retenant le loyer réel, sans limitation, et les frais médicaux tels qu'ils ressortent de la taxation fiscale. 10. Un délai a été fixé à l'assurée pour produire toutes pièces utiles permettant d'établir les dépenses réellement assumées depuis 2002, cas échéant établir un budget de celles-ci. 11. Par pli du 13 avril 2012, l'assurée indique avoir repris son livre de poste depuis 2002, sur la base duquel elle produit un tableau de ses dépenses, incluant le loyer, la nourriture, l'assurance-maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques, les impôts, la voiture et les loisirs. Les frais médicaux incluent la participation aux frais médicaux et d'ostéopathe, l'achat de lunettes, de verres de contact et de produits d'entretien ainsi que les frais de pédicure. Les frais de voiture incluent la part payée par l'assurée pour la voiture (assurance RC, frais d'entretien et réparation). Les frais personnels incluent les vêtements, chaussures orthopédiques, produits d'entretien personnel, étrennes et cadeaux. L'assurée accueille ses petits-enfants deux fois par semaine pour le repas de midi et elle les a emmenés en vacances deux à trois fois par année lorsqu'ils étaient petits et adolescents, durant les vacances de Pâques, d'été et d'automne, pour soulager leurs parents. Elle a également acheté des meubles avec sa soeur, la moitié des frais étant à sa charge. Elle fait encore valoir qu'elle a travaillé de 15 ans à 62 ans avec un modeste salaire, n'ayant cotisé à la prévoyance professionnelle que depuis 1985 et qu'elle a été contente de pouvoir offrir des vacances à ses petits-enfants, lorsqu'elle a reçu son capital LPP, ce comportement ne pouvant pas être qualifié de dessaisissement de la fortune à d'autre but que de la prévoyance. Elle cite encore une fois la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant le dessaisissement et qualifie la décision du SPC de violation de sa liberté personnelle, la contraignant à vivre dès sa retraite en ne dépensant pas plus que si elle avait des prestations complémentaires. Le tableau produit mentionne des frais de nourriture de l'ordre de 10'500 fr./an, de voiture allant de 1'800 fr. à 2'900 fr./an, des frais personnels de 3'000 fr. à 3'500 fr./an, des vacances de 4'500 fr./an, diminuées à 2'800 fr./an dès 2007 et de frais médicaux, incluant l'ostéopathe, les lunettes et le dentiste oscillant entre 1'500 fr. et 5'300 fr./an. Après déduction de la rente AVS, le tableau indique que l'assurée a dû puiser entre 8'000 fr. et 32'000 fr. sur son capital LPP, par année. 12. A la demande de la Cour de céans, LA BALOISE ASSURANCE a précisé, le 24 avril 2012, que si l'assurée n'avait pas opté pour le paiement du capital de 156'412 fr., versé le 3 septembre 2002, elle aurait perçu une rente de vieillesse annuelle de 11'204 fr. dès le 1 er juillet 2002, sans augmentation ultérieure. 13. Un délai a été imparti aux parties pour se déterminer. 14. Par pli du 29 mai 2012, le SPC rappelle que la jurisprudence citée par l'assurée n'est pas applicable au cas d'espèce, s'agissant du droit cantonal. Le tableau produit par la recourante n'est pas accompagné de justificatifs, de sorte que les dépenses ne peuvent pas être considérées comme avérées. Une partie des frais mentionnés (loyer, nourriture, frais de caisse-maladie, etc.) sont déjà pris en compte dans le tableau d'analyse du SPC. Quant à

l'autre partie des frais (vacances, voiture, meubles), ils ne peuvent à l'évidence pas être considérés comme une utilisation à but de prévoyance. Le SPC relève que l'analyse est favorable à la recourante, ne tenant pas compte du compte de libre-passage BCG et du 3 ème pilier SWISSLIFE que celle-ci a consacré à l'achat d'une voiture et remboursement de sa soeur. 15. La cause a été gardée à juger le 4 juin 2012. 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 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. 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. 2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1 al. 1 LPC). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC). 3. a) 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 ; cf. également art. 9 e la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC]) 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. b) Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 -LPA ; RS E 5 10 et art 56 LPGA). 4. Le litige porte sur la prise en compte du capital de prévoyance au regard de la loi cantonale sur les prestations complémentaires, plus particulièrement sur les conséquences du choix du capital de prévoyance professionnelle en lieu et place de la rente, pour le calcul des prestations dues dès le 1 er janvier 2011. L'intimé a en effet refusé l'octroi de prestations complémentaires cantonales, motif pris que si l'assurée avait utilisé le capital uniquement pour couvrir ses besoins vitaux selon les barèmes cantonaux, il devrait subsister encore un montant de 61'395 fr. au 31 décembre 2010 et 55'013 fr. au 31 décembre 2011 sur le capital LPP. 5. a) L'art. 3 LPC indique que les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle, qui est une prestation en espèces, traitée aux art. 9 à 13 et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, qui est une prestation en nature, traitée aux art. 14 à 16. L'art. 9 al. 1 er LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. b) L'art. 10 al. 1 er let. a LPC prévoit, 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), que les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année 18'140 fr. pour les personnes seules (ch. 1). Selon la let. b de cette disposition, les dépenses reconnues comprennent en outre le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs ; le montant annuel maximal reconnu est de 13'200 fr. pour les personnes seules (ch. 1). L'al. 3 de l'art. 10 LPC dispose qu'est reconnue comme dépense, notamment, le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, lequel doit correspondre au montant de la prime moyenne

cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins, couverture accidents comprise (let. d). c) Aux termes de l'art. 11 al. 1 er LPC, les revenus déterminants comprennent notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b), un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 37'500 fr. pour les personnes seules; les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d), les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g). 6. Selon l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis: frais de traitement dentaire (a) ;frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (b); frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (c); frais liés à un régime alimentaire particulier (c); frais de transport vers le centre de soins le plus proche (d); frais de moyens auxiliaires (f); frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (g). Selon l'al. 2, les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. L'al. 3 précise que les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants suivants : pour les personnes seules ou veuves vivant à domicile: 25'000 fr. Selon l'al. 6, les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires. Le message du Conseil Fédéral précise que la réglementation proposée est nécessaire pour pouvoir, dans certains cas, rembourser les frais directement au fournisseur de soins (FF 2005, page 5839). L'art. 15 précise que ces frais sont remboursés seulement si le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facturation. 7. a) L'art. 16c de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) OPC-AVS/AI précise que lorsque des appartements ou des maisons familiales sont aussi occupés par des personnes non comprises dans le calcul des prestations complémentaires, le loyer doit être réparti entre toutes les personnes; les parts de loyers des personnes non comprises dans le calcul des prestations complémentaires ne sont pas prises en compte lors du calcul de la prestation complémentaire annuelle (al. 1). En principe, le montant du loyer est réparti à parts égales entre toutes les personnes (al. 2). b) L'art. 17a OPC-AVS/AI décrit la façon dont il faut prendre en considération la fortune et d'éventuels dessaisissements dans le calcul de la prestation complémentaire; la valeur de la fortune lors du dessaisissement doit être reportée telle quelle au premier janvier de l'année suivante, puis être réduite chaque année (al. 2) de 10'000 fr. (al. 1) jusqu'au premier janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 3). c) Selon l'art 26 OPC-AVS/AI, les bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit. d) L'art. 54a OPC-AVS/AI précise que le Département fédéral de l'intérieur fixe les montants forfaitaires annuels pour l'assurance obligatoire des soins, visées à l'art. 10, al. 3, let. d, LPC, au plus tard à fin octobre pour l'année suivante. Pour le canton de Genève, la prime moyenne pour un adulte a ainsi été fixée à 4'788 fr. en 2004, 4'932 fr. en 2005, 5'112 fr. en 2006, 5'088 fr. en 2007, 5'028 fr. en 2008 et 2009, 5'232 fr. en 2010, 5'400 fr. en 2011 et à 5'556 fr. en 2012. 8. Les

directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) précisent qu'un montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins est reconnu comme dépense (couverture accidents comprise). Le Département fédéral de l'intérieur fixe les montants déterminants pour chaque canton (no 3240.01). Si aucune PC annuelle ne peut être versée en raison d'un excédent des revenus, le remboursement des frais de maladie s'opère sur la base d'une comparaison entre l'excédent des revenus d'une part, le montant des frais de maladie et d'invalidité d'autre part. Le remboursement est égal au montant des frais de maladie et d'invalidité dûment attestés, diminué de l'excédent des revenus (no 5310.06). A titre d'exemple, les directives mentionnent le calcul de la PC annuelle d'une personne à domicile qui se solde par un excédent de revenus de 12'000 francs, alors que les coûts de spitex de l'assuré s'élèvent à 20'000 francs, le remboursement étant dans ce cas de 8'000 fr. (annexe 13). Les frais de maladie et d'invalidité ne peuvent être remboursés que si le bénéficiaire de PC les fait valoir auprès d'un organe PC231 dans les 15 mois qui suivent l'établissement de la facture ou à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture (no 5250.01). 9. a) L'objectif de la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI est de compléter les prestations servies par les deux assurances citées pour le cas où ces prestations ne suffiraient pas à couvrir de façon appropriée les besoins vitaux d'un assuré (cf. Message du Conseil fédéral concernant le projet de loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 21 septembre 1964, FF 1964 II p, 47 s.; voir également ERNST/GÄCHTER, Schranken der Freigiebigkeit: die Behandlung von Schenkungen im Privatrecht und im Ergänzungsleistungsrecht in RSAS 2011 p. 149; FERRARI, Dessaisissement volontaire et prestations complémentaires à l'AVS/AI in RSAS 2002 p. 417; SPIRA, Transmission de patrimoine et dessaisissement au sens de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI in RSAS 1996 p. 208). La loi ne définit pas la notion de besoins vitaux mais se contente de fixer des règles de calcul permettant de déterminer le montant de la prestation complémentaire. Celle-ci correspond à la part des dépenses reconnues excédant les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC). Ceux-ci comprennent généralement des ressources et des biens dont l'ayant droit a la maîtrise (une fraction de la fortune nette par exemple, cf. art. 11 al. let. c LPC) et exceptionnellement des ressources et parts de fortune dont celui-ci s'est dessaisi (cf. art. 11al. 1 let. g LPC). Doctrine et jurisprudence définissent la fortune comme étant l'ensemble des actifs que l'assuré a effectivement reçus et dont il peut disposer sans restriction (cf. ATF 110 V 17 consid. 3 p. 31 s.; FERRARI, op.cit., p. 419; SPIRA, op. cit., p. 210) et le dessaisissement comme étant le fait de renoncer à certains éléments de revenu ou de fortune sans obligation juridique, ni contre-prestation équivalente (cf. ATF 131 V 329 consid. 4.3 p. 334; 120 V 187 consid. 2b p. 191; ERNST/GÄCHTER, op. cit., p. 150). Il n'existe pas de limite temporelle à la prise en compte d'un dessaisissement (cf. ATF 120 V 182 consid. 4f p. 186 s.; MOOSER/WERMELINGER, Quelques aspects liés au dessaisissement volontaire de fortune par des personnes âgées in Revue fribourgeoise de jurisprudence 1993 p. 15; SPIRA, op. cit., p. 211) dès lors qu'une telle mesure vise justement à éviter l'octroi abusif de prestations complémentaires; il n'appartient assurément pas à l'assureur social - et, partant, à la collectivité - d'assumer l'éventuel «découvert» dans les comptes de l'assuré lorsque celui-ci l'a provoqué sans aucun motif valable (cf. arrêt P 12/04 du 14 septembre 2005 consid. 4.1; MOOSER/WERMELINGER, op. cit., p. 13; arrêt non publié du 12 août 2011, 9C_846/2010). b) On parle de dessaisissement lorsque l'assuré renonce à une part de fortune sans obligation légale et sans contre-prestation adéquate, lorsqu'il a droit à certains éléments de revenu ou de fortune mais n'en fait pas usage ou s'abstient de faire valoir ses

prétentions, ou encore lorsqu'il renonce à exercer une activité lucrative possible pour des raisons dont il est seul responsable (VSI 1994 p. 291, consid. 2b non publié aux ATF 120 V 182 ; 123 V 35 ; 121 V 205 consid. 4a, 117 V 289 consid. 2; Stefan WERLEN, Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen und deren Berechnung, thèse Fribourg 1995, p. 157; Raymond SPIRA, op. cit., p. 210; pour une vue d'ensemble à ce sujet, voir Pierre FERRARI, op. cit., p. 417ss). Dans ce cas, le revenu déterminant est augmenté aussi bien d'une fraction de la valeur du bien cédé que de celle du produit que ce bien aurait procuré à l'ayant droit (cf. ATF 123 V 37 ss consid. 1 et 2; FERRARI, op. cit., p. 419 ss). c) Lorsque les conditions susceptibles de reconnaître l'existence d'un dessaisissement ne sont pas remplies, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'une fortune (hypothétique) dans le calcul de la prestation complémentaire, même si l'assuré a pu vivre au-dessus de ses moyens avant de requérir une telle prestation. En effet, ainsi que le TFA l'a répété à maintes reprises, il n'appartient pas aux organes compétents en matière de prestations complémentaires de procéder à un contrôle du mode de vie des assurés ni d'examiner si l'assuré s'est écarté d'une ligne que l'on pourrait qualifier de « normale » et qu'il faudrait au demeurant préciser. Il convient bien plutôt de se fonder sur les circonstances concrètes et se limiter à examiner si le demandeur dispose ou non des ressources nécessaires pour couvrir ses besoins vitaux dans une mesure appropriée et - sous réserve des restrictions découlant de l'art. 3c al. 1 let. g LPC - ne pas se préoccuper des raisons de cette situation (cf. ATFA P 4/05 du 29 août 2005 consid. 5.3.1; VSI 1994 p. 225 s. consid. 3b; RCC 1990, p. 371 ; RCC 1992, p. 436). d) Le Tribunal fédéral a retenu l'existence d'un dessaisissement dans le cas d'un assuré ayant perçu un capital de prévoyance de 888'792 fr., utilisé pour rembourser des dettes (385'210 fr.) et dont le solde, additionné à sa fortune, malgré la prise en compte de dépenses effectives de 10'500 fr./mois aurait encore dû être de 495'000 fr. (arrêt non publié P 52/02, du 12 juin 2003). Il a jugé le cas d'un assuré dont le solde du capital de prévoyance de 129'493 fr. 40 était de 69'370 fr. 20 au 31 décembre de l'année du versement. La diminution de fortune de 60'123 fr. 20 en moins de trois mois n'était expliquée que partiellement par le remboursement d'un emprunt pour un montant de 21'073 fr. 80, et par le paiement d'un montant de l'ordre de 3'500 fr. à l'administration fiscale pendant la période prise en considération. Le Tribunal fédéral a encore retenu des prélèvements de 1'000 fr. par mois environ pour compléter les revenus de l'assuré soit 2'500 fr. pour la période du 15 octobre au 31 décembre 1996, une diminution de fortune de l'ordre de 33'000 fr., au moins, demeurait inexpliquée jusqu'à la fin de l'année 1996 et était considérée comme un dessaisissement (arrêt non publié P 59/02 du 28 août 2003). 10. a) S'agissant des prestations cantonales, selon l'art. 2 al. 2 LPC, les cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la loi fédérale et fixer les conditions d'octroi de ces prestations. Le message du Conseil fédéral à l'appui de la loi de 1968 confirme que, pour l'octroi des prestations fédérales, les cantons sont liés par les conditions d'octroi fixées par la loi fédérale, sous réserve des dérogations expressément prévues par la loi, mais sont libres d'accorder des prestations - cantonales - plus étendues, pour lesquelles ils ne perçoivent cependant pas de subvention (FF 1964, page 715 et 730). Le message de 2005 précise que les cantons sont désormais astreints d'allouer des prestations complémentaires fédérales (FF 2005, page 5833). Ils restent libres d'allouer des prestations plus étendues selon leur droit cantonal. La loi cantonale, contrairement au droit fédéral, précise à l'art. 2 al. 4 LPCC que les personnes qui ont choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'ont consacré à un autre but que celui de la prévoyance ne peuvent bénéficier des prestations

accordées en application de la présente loi. L'al. 5 précise que les caisses de pension sont tenues d'en informer leurs membres en temps utile. b) Le titre marginal de l'art. 4 A du projet de loi du 13 septembre 1991, soit l'actuel art. 2 entré en vigueur le 1 er janvier 1992, mentionne "prestations versées par le 2 ème pilier"(Mémorial du Grand Conseil 1991/IV p. 3597). Le commentaire par articles du rapport de commission précise que "le but de cet article est d'éviter que des personnes touchent le capital de leur deuxième pilier, le dilapident et viennent ensuite demander une aide à l'OAPA. La logique du système des trois piliers veut que la prévoyance professionnelle verse des rentes (...). L'article ne concerne que le capital touché à la retraite et pas en cours de carrière (départ à l'étranger, indépendant, etc.). La rédaction de l'article donne une marge d'appréciation à l'OAPA, puisqu'il est précisé que ne seront pénalisés que ceux qui auront consacré ce capital à un autre but que la prévoyance. Le règlement et la pratique détermineront ce qu'est une utilisation d'un capital à des fins de prévoyance et ceux qui toucheront obligatoirement un capital, en cas de rente insignifiante, ne seront pas pénalisés" (Mémorial du Grand Conseil 1991/V p. 5451). La disposition a été adoptée à l'unanimité des commissaires. Les débats parlementaires n'ont pas porté sur cette disposition. A l'occasion de la refonte complète de la loi cantonale entrée en vigueur le 1 er janvier 1993, cette disposition n'a pas été rediscutée. L'exposé des motifs à l'appui du projet de loi du 29 novembre 1991 rappelle que cette disposition a été prévue "afin de prévenir les abus (...)" (Mémorial du Grand Conseil 1992/VI p. 6584). Les rapports et les débats parlementaires n'ont plus abordé cette question. Aucune disposition ne précise, ni dans la loi, ni dans le règlement, ce qu'est un but de prévoyance et si le refus d'accorder des prestations cantonales complémentaires selon l'art. 2 al. 4 LPCC doit être limité dans le temps, ou s'il faut procéder à un calcul en tenant compte du montant de la rente que l'assuré aurait perçue ou de biens dessaisis. c) Un arrêt de la Commission cantonale de recours AVS/AI/APG/PCF/PCC, alors compétente, a considéré que, dans le cas d'un assuré aux ressources limitées, l'utilisation d'une somme d'environ 8'200 fr. par an - soit 680 fr. par mois - devait être considérée comme ayant un but de prévoyance au sens de l'art. 2 al. 4 LPCC, dans la mesure où elle avait servi à la couverture des besoins vitaux de l'assuré. La juridiction cantonale avait néanmoins déduit des ressources déterminantes de l'assuré un montant annuel correspondant à la rente LPP hypothétique que ce dernier aurait perçue s'il avait placé son capital de prévoyance au taux usuel d'environ 5,5 % l'an et considéré ce montant comme un « bien dessaisi » au sens des art. 5 al. 1 let. j et 7 al. 3 LPCC (arrêt du 13 février 2002 en la cause 197/01). Le Tribunal cantonal des assurances sociales a eu l'occasion de juger qu'une interprétation restrictive de l'art. 2 al. 4 LPCC se justifiait et que l'on ne saurait étendre la notion de but de prévoyance à d'autres cas que la couverture des besoins vitaux. S'il s'avère qu'au moment de sa demande, l'assuré n'aurait pas encore épuisé son capital s'il l'avait utilisé à la couverture de ses besoins vitaux ainsi qu'à ceux de sa famille, le droit aux prestations complémentaires cantonales doit être nié (ATAS/755/2005). Le manque nécessaire à la couverture des besoins vitaux doit être, le cas échéant, couvert par les prestations d'assistance (ATAS 1583/2009). Le Tribunal a estimé que "le but du législateur a ainsi été d'éviter d'éventuels abus, lesquels pourraient survenir lorsque celui qui a choisi le capital, dilapide celui-ci sans se préoccuper de l'avenir puis demande immédiatement les prestations cantonales complémentaires. Il apparaît ainsi que l'intention du législateur n'a pas été de priver un assuré du droit aux prestations cantonales complémentaires lorsque ses ressources n'atteignent pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale au moment où le capital aurait, quoi qu'il en soit, été épuisé s'il avait servi à la couverture des besoins vitaux". Plus récemment, la Cour de céans

a confirmé le calcul du SPC, qui avait tenu compte des besoins vitaux du couple, selon les montants prévus par le droit cantonal et y avait ajouté les montants des frais médicaux à charge de l'assuré, résultant des déclarations fiscales, ainsi que les frais de dentiste justifiés par factures. Le calcul effectué impliquait que si l'assuré et son épouse avaient utilisé le capital LPP dans un but de prévoyance, il devrait encore rester à leur disposition un montant de l'ordre de 57'213 fr, 55 au 31 octobre 2010, alors qu'au 31 décembre 2009, le solde de leur compte s'élevait à 16'462 fr. 05 (ATAS/389/2011). 11. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. En l'espèce, l'assurée a perçu 156'412 fr. le 3 septembre 2002 de la Bâloise, 22'760 fr. le 7 janvier 2002 de Swiss Life et 6'753 fr. le 24 juin 2003 d'un compte de libre- passage. Ces deux derniers montants n'ont pas été pris en compte par le SPC, qui a admis le remboursement de l'assurée à sa soeur pour l'achat d'une voiture, ainsi que diverses dépenses (vacances, meubles, dentiste). A cet égard, la décision est conforme au droit et n'est pas une faveur accordée à l'assurée, dès lors que selon le titre marginal du projet de loi, le texte de l'art. 2 al. 4 LPCC et les débats parlementaires, seul le capital de prévoyance professionnelle est concerné, soit celui du 2 ème pilier selon la LPP, à l'exclusion du 3 ème pilier, qui doit être considéré comme de l'épargne. C'est ainsi à juste titre que le SPC a considéré, à l'instar de la jurisprudence concernant le désistement rendue en application du droit fédéral, que l'assurée n'avait pas dépensé cette fortune-là sans contrepartie, puisqu'elle a acheté une voiture (12'500 fr.), des meubles, payé son dentiste (3'000 fr.) et pris des vacances (4'500 fr.). Il appartenait le cas échéant au SPC d'exiger de l'assurée la preuve des dépenses faites, s'il entendait tenir compte d'une partie de cette fortune au titre du dessaisissement. Il est exact que le SPC aurait pu déduire du 3 ème pilier l'impôt y afférant (environ 1'100 fr. sur un total de 9'187 fr.), sans en tenir compte dans les dépenses déduites du capital du 2 ème pilier, ce qui serait moins favorable à l'assurée. En tout état, au vu de l'amortissement annuel de 10'000 fr., cette fortune de moins de 30'000 fr. en 2003 était réduite à zéro lors de la demande de prestations en 2007. Le litige porte donc exclusivement sur la manière de prendre en compte le capital LPP de 156'412 fr. reçu en septembre 2002, pour l'octroi des prestations cantonales dès le 1 er janvier 2011. 13. En préambule, il sied brièvement de rappeler que le législateur cantonal a adopté l'art. 2 al. 4 LPCC concernant les conséquences de la perception d'un capital LPP en lieu et place d'une rente, disposant de la latitude accordée par la LPC pour fixer les conditions d'octroi de prestations cantonales, supplémentaires aux prestations fédérales. Cette norme est inconnue du droit fédéral et la jurisprudence du Tribunal fédéral qui applique les règles du dessaisissement au capital LPP est rendue exclusivement en matière de prestations fédérales. Elle a au demeurant été correctement appliquée par le SPC concernant l'octroi de ces prestations-là. La jurisprudence cantonale a déjà confirmé que le texte de la disposition et la volonté du législateur empêchaient d'étendre la notion de "but de prévoyance", tout en précisant que l'interprétation de la loi ne permettait pas de retenir que l'assuré était totalement et définitivement privé de prestations complémentaires lorsqu'il consacrait son capital à son entretien. Le but de prévoyance est donc atteint lorsque le capital est utilisé pour constituer une rente viagère, acquérir un logement ou pour la couverture des besoins vitaux de l'assuré et de sa famille. La Cour a également admis que la couverture des besoins vitaux devait être

calculée conformément aux normes et barèmes déterminants pour l'octroi des prestations complémentaires cantonales, en y ajoutant les dépenses effectives prouvées et incontournables (impôts, notamment sur le capital LPP, frais de santé, etc.). C'est ainsi à tort que l'assurée prétend que sa liberté personnelle lui donne le droit de dépenser l'intégralité de son capital LPP en 7 ans, car même si ses dépenses n'ont en effet rien d'excessif ou de somptuaire (vacances, frais de voiture, etc.), elles dépassent les barèmes cantonaux en matière de prestations complémentaires, seuls déterminants pour l'octroi desdites prestations. Cela étant, il s'avère que l'interprétation de la loi faite par le SPC et la Cour pourrait conduire à une solution insoutenable et consacrer une inégalité de traitement. D'une part, ce calcul, appliqué à l'assuré qui opte pour le capital, pourrait le placer dans une situation plus défavorable que celle qui lui serait réservée s'il avait perçu une rente. Or, le législateur cantonal a seulement voulu éviter - à situation financière égale - de devoir verser des prestations complémentaires plus élevées à l'assuré qui a dilapidé son capital qu'à celui qui perçoit une rente. D'autre part, l'assuré qui opte pour le capital, alors qu'il aurait droit à une petite rente, est prétérité par rapport à celui qui, en raison d'un capital important ou d'une affiliation à une institution de prévoyance plus généreuse, aurait droit à une rente LPP élevée. Les ressources globales du premier (AVS et LPP) lui donneraient droit aux prestations complémentaires, alors que celles du second - eu égard au montant élevé de sa rente LPP - l'excluraient, alors qu'ils seraient privés tous deux de prestations jusqu'à épuisement du capital LPP. Ce calcul est au demeurant difficilement praticable et source d'erreurs, car il est effectué a posteriori, lorsque l'assuré a épuisé son capital et sollicite des prestations complémentaires. En raison du temps écoulé, il ne lui sera souvent plus possible de prouver ses dépenses réelles en matière de frais de maladie, le montant admis fiscalement n'étant qu'une partie de celles-ci. D'ailleurs, le calcul effectué par le SPC en l'espèce ne tient pas compte des impôts fédéraux que l'assurée allègue pourtant avoir payés, et retient un montant de prime d'assurance maladie effectif très différent de celui mentionné par l'assurée, dont rien n'indique qu'elle a bénéficié d'un subside partiel du SAM avant 2007. Le législateur a voulu éviter les abus de la part des assurés qui n'optent pas pour une rente de retraite qui leur aurait permis d'assurer à vie, en complément de l'AVS, l'essentiel de la couverture de leurs besoins, mais dépensent leur capital, puis obtiennent des prestations complémentaires auxquelles ils n'auraient pas eu droit en cas de rente. On peut donc raisonnablement estimer que la loi permet de tenir compte de la situation financière qui aurait été la leur s'ils avaient perçu une rente LPP. Afin de déterminer le droit aux prestations en cas de versement d'un capital, il faut donc établir quelle aurait été la situation financière de l'assuré en cas de versement d'une rente, à tout le moins pour vérifier si le calcul de la couverture des besoins vitaux ne lui est pas défavorable. 14. En l'occurrence, il est établi que si l'assurée avait opté pour une rente LPP, celle-ci aurait été de 11'204 fr. par an dès le 1 er juillet 2002, sans augmentation ultérieure. Additionnée à sa rente AVS (22'896 fr.), ses ressources auraient alors été de 34'100 fr., sans aucun rendement de sa fortune, car celle-ci aurait été inexistante. Les dépenses reconnues par le droit fédéral, selon le barème cantonal déterminant pour le cas d'espèce sont le forfait, le loyer et la prime d'assurance maladie moyenne cantonale. Pour l'année 2007, année du dépôt de la demande de prestations, le plan de calcul aurait été le suivant: Dépenses Ressources Forfait 24'134 fr. Rente AVS 23'988 fr. Loyer 8'256 fr. Rente LPP 11'204 fr Ass. Mal. 5'088 fr. Totaux 37'478 fr. 35'192 fr. Différence 2'286 fr. Prestations: couverture de la prime d'assurance en totalité et paiement des frais de maladie sous déduction de l'excédent de revenus. En janvier 2011, début de la période incluse dans l'objet du litige, le calcul aurait été le suivant:

Dépenses Ressources Forfait 25'342 fr. Rente AVS 25'188 fr. Loyer 8'256 fr. Rente LPP 11'204 fr. Ass. Mal 5'400 fr. PCF 2'031 fr. Totaux 38'998 fr. 38'423 fr. Différence 575 fr. Prestations: couverture de la prime d'assurance en totalité et paiement des frais de maladie sous déduction de l'éventuel excédent. Il est ainsi établi que l'assurée n'aurait pas eu droit à des prestations complémentaires cantonales, le paiement de sa prime d'assurance maladie étant couvert par les prestations fédérales, si elle avait opté pour le versement d'une rente LPP au lieu du capital, de sorte que le SPC était fondé à effectuer le calcul de la couverture des besoins vitaux avec ce capital. A cet égard, le montant des dépenses justifiées retenu par le SPC pourrait être erroné sur plusieurs plans, l'assurée faisant valoir de 2002 à 2009 des impôts fédéraux (3'162 fr.), la totalité de ses primes d'assurance maladie, sans subsides jusqu'en 2007 (5'690 fr.), ainsi que des frais de maladie plus élevés que ceux retenus (dentiste, pédicure, maladie et ostéopathie : 8'417 fr.), soit 17'269 fr. supplémentaires de dépenses. D'une part, celles-ci ne sont pas prouvées par pièces, malgré le délai fixé à la recourante pour ce faire. D'autre part, il est vraisemblable que ces frais n'auraient pas tous été admis selon les barèmes cantonaux (frais de pédicure s'ils ne sont pas prescrits par un médecin, voire d'ostéopathie, ceux de verres de contact ayant déjà été exclus à ce titre). En effet, si l'on retient le forfait cantonal pour les besoins, rien ne justifie d'admettre des frais médicaux prouvés, mais excédent ceux remboursés aux bénéficiaires de PC. Finalement, en admettant ces déductions supplémentaires, le capital de l'assurée devrait encore s'élever à 51'537 fr. au 31 décembre 2009, l'assurée n'ayant pas fait valoir de dépenses en 2010 et 2011. En conséquence, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que si l'assurée avait consacré son capital LPP à la couverture de ses besoins vitaux, elle devrait encore disposer d'un capital de près de 50'000 fr. au 31 décembre 2010, date déterminante pour les prestations cantonales dès le 1 er janvier 2011. Le recours, mal fondé, est donc rejeté. 15. Si l'assurée sollicite à nouveau des prestations complémentaires cantonales à l'avenir, il lui appartiendra de prouver par pièces la réalité des dépenses précitées depuis 2002, afin qu'elles soient correctement prises en compte et que les calculs soient effectués à nouveau depuis 2002 par le SPC. En effet, le tableau n'est qu'une annexe à la décision de refus de prestations et il n'a donc pas force de chose jugée. Le remboursement des frais médicaux n'est pas visé par la décision querellée et sort donc de l'objet du litige. La Cour se bornera à attirer l'attention de l'assurée sur le fait qu'il ressort du tableau récapitulatif produit qu'elle a assumé d'importants frais médicaux et aucune pièce du dossier n'établit qu'elle aurait obtenu le remboursement de ces frais par le SPC, à concurrence des limites légales et, après déduction de l'éventuel excédent de revenus. Elle a donc l'opportunité de transmettre au SPC l'ensemble de ses factures de frais de maladie des 15 derniers mois, qui pourront le cas échéant être remboursés à concurrence des limites fixées par le canton en la matière. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. 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 Juliane BALDE 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.