

GE_GERICHTE A/441/2009 vom 9. Februar 2005

GE Cour de justice, 2005-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_441_2009

FR: GE_GERICHTE A/441/2009 du 9 février 2005

IT: GE_GERICHTE A/441/2009 del 9 febbraio 2005

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2009
A/441/2009

A/441/2009 ATAS/1482/2009 du 26.11.2009 (PC) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/441/2009
ATAS/1482/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 26 novembre 2009 En la cause Monsieur K_____,
domicilié à Carouge recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS
COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, 1208 Genève intimé HOSPICE
GÉNÉRAL, Direction générale, Cours de Rive 12, case postale 3360, 1211 Genève 3
appelé en cause EN FAIT En date du 20 août 2003, Monsieur K_____, a sollicité des
prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 9 février 2005, l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (OCAI) lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter
du 1^{er} avril 2004. Une seconde décision a été rendue en date du 16 mars 2005, qui portait
sur les montants dus à titre rétroactif et opérait une compensation d'une part, avec la dette de
cotisations sociales de l'assuré, d'autre part, avec les avances auxquelles avait procédé
l'Hospice général. Par courrier du 2 septembre 2005, l'Office cantonal pour les personnes
âgées (OCPA) a annoncé à l'Hospice général (HG) qu'il s'apprêtait à rendre à son tour une
décision portant sur les prestations complémentaires dues à titre rétroactif pour la période
du 1^{er} avril 2004 au 30 septembre 2005. En conséquence, il était demandé à l'HG
d'indiquer à quelles dates précises il avait accordé des avances à l'assuré, quand avait
commencé et pris fin le droit aux subsides d'assurance-maladie et quel avait été le montant
total des avances effectuées, "à l'exclusion des frais médicaux et des casuels". Il était
précisé que les frais médicaux pourraient être soumis au secteur des frais de maladie de
l'OCPA qui se déterminerait sur un éventuel remboursement. Par courrier du 21 septembre
2005, l'HG a informé l'OCPA que, du 1^{er} avril 2004 au 30 septembre 2005, il avait versé à
l'intéressé des avances pour un montant total de 32'038 fr. 70. Le 27 septembre 2005,
l'OCPA a rendu une décision mettant l'assuré au bénéfice de prestations complémentaires
fédérales et cantonales à compter du 1^{er} avril 2004. Le total des montants dus pour la
période du 1^{er} avril 2004 au 30 septembre 2005 s'élevait à 37'281 fr. De cette somme, ont
été distraits 32'038 fr. 70 pour être reversés à l'HG, en compensation des avances opérées
par ce dernier. Le 20 octobre 2005, l'assuré a formé opposition orale à cette décision en
contestant la prise en compte de certains chiffres par l'HG. Par courrier du 5 janvier 2006,
l'assuré a notamment produit des décomptes d'assurance-maladie. Une collaboratrice de
l'OCPA a alors pris contact avec lui par téléphone. Il lui a expliqué qu'il reprochait à
l'Hospice d'avoir compris dans son calcul non seulement les avances mais également ses
frais médicaux. Le 9 mai 2007, l'OCPA a rendu une décision annulant et remplaçant celle
du 27 septembre 2005. Cette décision ne faisait que tenir compte d'une mise à jour dans les
dépenses reconnues du bénéficiaire – elle ajoutait notamment à celles-ci les cotisations

AVS, dont elle précisait que c'était au bénéficiaire de s'en acquitter -, sans remettre en cause le montant versé à l'Hospice général, ni dans son principe, ni dans son montant. Par courrier du 27 juin 2007, l'assuré est revenu sur la question des frais maladie pris en compte à titre d'avances par l'HG et a demandé à l'OCPA que ce montant lui soit restitué. L'OCPA lui a répondu, en date du 24 juillet 2007, que le montant rétroactif versé à l'HG avait été calculé sur la base des données communiquées par ce dernier. Après un échange de courrier avec l'OCPA, le bénéficiaire des prestations a finalement saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'une "opposition au montant retenu rétroactivement sur [ses] frais de maladie du 04.2004 au 01.2005 et du non-paiement de [ses] cotisations AVS pour les années 2002, 2003 et 2004". De ce courrier un peu confus, il ressortait que l'assuré reprochait à l'OCPA (devenu depuis lors le Service des prestations complémentaires [ci-après : SPC]) d'avoir pris en compte - lors de la compensation d'une partie du montant qui lui était dû à titre de prestations rétroactives avec les avances versées par l'HG - des frais de maladie qui n'auraient pas dû être considérés comme des avances. Par courrier du 1^{er} février 2008, le recourant a précisé qu'il contestait uniquement le décompte émis par l'HG concernant les avances qui lui avaient été allouées. Invité à se déterminer, le SPC, dans sa réponse du 6 février 2008, s'est référé au décompte de l'HG. Le 11 février 2008, le Tribunal de céans a interpellé l'HG et lui a demandé des explications sur la nature des montants réclamés à titre de remboursement d'avances. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 6 mars 2008 au cours de laquelle le recourant a confirmé qu'il ne contestait que le calcul du montant des avances de l'HG. Par courrier du 18 mars 2008, l'HG a indiqué au Tribunal de céans que les montants réclamés correspondaient non seulement aux sommes versées directement à l'assuré, mais également celles versées à des tiers (paiement des frais médicaux auprès de l'assureur-maladie, par exemple). Il s'est référé pour le surplus au tableau récapitulatif adressé à l'OCPA pour la période concernée. Une nouvelle audience s'est tenue en date du 8 mai 2008 au cours de laquelle a été entendue Madame L_____, assistante sociale au CASS de Carouge. Cette dernière a reconnu que le décompte produit par l'HOSPICE GENERAL comprenait tous les frais, ajoutant que c'est ainsi que procède habituellement l'HG, qui considère les frais de maladie comme des avances. Quant aux "frais casuels", elle a expliqué qu'il s'agit de ceux qui ne sont pas compris dans l'entretien et qui s'ajoutent à celui-ci. Ils comprennent, par exemple, un montant disponible en cas d'urgence - de 500 fr. par année au maximum - alloué lorsque l'assuré doit faire face à des factures extraordinaires. Le témoin a confirmé que le décompte établi comprenait l'intégralité de ce qui avait été versé au bénéficiaire. Ce dernier a indiqué avoir reçu en avril 2004 un montant de 1'500 fr. de la part de l'Hospice pour l'achat de mobilier. Le 25 septembre 2008, le Tribunal, constatant que le SPC n'avait jamais rendu de décision sur opposition, lui a renvoyé la cause pour qu'il le fasse dans les meilleurs délais (ATAS/1132/2008). Le 27 janvier 2009, le SPC a rendu une décision suite à l'opposition formée oralement en date du 20 octobre 2005 contre sa décision du 27 septembre 2005. Le SPC explique avoir requis de l'HG que ce dernier lui indique le montant des avances octroyées pour la période du 1^{er} avril 2004 au 30 septembre 2005, à l'exclusion des frais médicaux et des casuels et que l'HG lui a fait parvenir un nouveau décompte sur lequel figure le montant corrigé des avances, ainsi qu'un montant séparé récapitulant les frais médicaux. Sur cette base, le SPC a pu tirer la conclusion que le montant des frais médicaux s'élevait à 2'715 fr. 95 et s'est engagé à rembourser cette somme à son bénéficiaire dans les meilleurs délais. Au surplus, le SPC a fourni quelques précisions concernant les décomptes et les calculs auxquels il avait procédé. Par écriture du 12 février 2009, l'assuré a interjeté

recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Il allègue que le montant de 2'715 fr. 95 ne correspond pas à tous les frais médicaux qui ont été payés durant la période litigieuse. Le recourant en veut pour preuve des factures qui n'apparaissent dans aucun des décomptes produits par l'HG. Il produit ainsi une facture datée du 28 juin 2004 d'un montant de 430 fr. 90 et une autre datée du 8 avril 2005 d'un montant de 307 fr. 50. Il demande que l'HG produise un décompte détaillé, facture par facture, afin de pouvoir en vérifier l'exactitude. Le recourant souligne par ailleurs que les corrections apportées par l'HG ne tiennent pas compte des montants versés à titre de « frais casuels » puisqu'il n'est pas fait mention du montant de 1'500 fr. qu'il a reçu en avril ou mai 2004 pour pouvoir acheter des meubles. Enfin, il se plaint du fait que ses cotisations AVS n'ont pas été payées. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 février 2009, a conclu au rejet du recours. Il soutient c'est la première fois que l'assuré conteste la question des frais casuels et des cotisations AVS. Par ordonnance du 22 avril 2009, le Tribunal de céans a ordonné l'appel en cause de l'Hospice général, lui a communiqué la copie des pièces essentielles et lui a fixé un délai pour se déterminer. Par courrier du 14 mai 2009, le recourant a contesté que l'objet du litige se limite à la question des frais médicaux. Il allègue que son opposition a toujours porté clairement sur l'ensemble du montant retenu à titre d'avance de l'HG ainsi que sur ses cotisations AVS. Le 20 mai 2009, l'Hospice général a communiqué au Tribunal de céans un décompte mentionnant le détail de toutes les prestations versées au titre de frais médicaux et de frais pour traitements dentaires au cours de la période considérée, en indiquant, cas échéant, le montant des remboursements opérés par l'assureur maladie. L'HG a au surplus répondu plus particulièrement aux interrogations du recourant concernant les deux factures mentionnées par ce dernier, démontrant qu'elles avaient toutes deux été prises en compte dans le montant de 2'715 fr. 95. L'HG en a tiré la conclusion que c'était bien cette somme qui devait être remboursée à l'assuré et que le montant des avances était désormais correctement calculé. Par écriture du 23 juillet 2009, le SPC a réitéré qu'à son avis, le litige ne portait que sur le calcul des frais de maladie pris en charge par l'Hospice général, se référant en cela au procès-verbal de comparution personnelle du 6 mars 2008. Il s'est par ailleurs rallié en tous points aux conclusions de l'appelé en cause. Le recourant ne s'est quant à lui pas déterminé dans le délai qui lui avait été imparti.

EN DROIT La loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), lequel, conformément à l'art. 56 V LOJ, connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 19 mars 1965 (LPC; art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 LOJ) et à l'art. 43 de la loi cantonale du 25 octobre 1968 sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPCC; art. 56 V al. 2 let. a LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc établie. 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 de 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). b) S'agissant des prestations complémentaire cantonales, l'art 43 de la loi du 25 octobre 1968 sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPCC) ouvre les mêmes voies de droit (cf. également,

concernant l'art. 43B LPCC relatif à la suspension des délais). c) En l'espèce, le recours a donc été interjeté en temps utile, de sorte qu'il est recevable. Le litige porte sur la question du montant compensé par le SPC avec les prestations d'assistance allouées au recourant par l'Hospice général. En vertu de l'art. 22 al. 4 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI; RS 831.301), les organismes d'assistance publics ou privés qui, en attendant qu'il soit statué sur les droits aux prestations complémentaires d'un assuré, lui ont consenti une avance peuvent être directement remboursés au moment du versement de l'arriéré de ces prestations. Selon les directives concernant les rentes de l'Office fédéral des assurances sociales (DR), font partie des prestations fournies en vertu d'une obligation légale notamment celles de l'aide sociale publique (DR n° 10068 in fine). En l'espèce, il n'est pas contesté que l'appelé en cause a versé des prestations d'assistance au recourant durant la période du 1er avril 2004 au 30 septembre 2005 et que cette période est comprise dans celle pour laquelle l'assuré a droit à un rétroactif de prestations complémentaires. Par ailleurs, les prestations d'assistance versées en faveur du recourant par l'HG sont des prestations fournies en vertu d'une obligation légale puisqu'elles ont été versées sur la base de l'art. 1 al. 2 de la loi sur l'assistance publique du 19 septembre 1980 (ci-après : LAP). Selon l'art. 1 al. 2 LAP, l'assistance publique est destinée à venir en aide aux personnes qui ont des difficultés sociales ou sont dépourvues des moyens nécessaires pour satisfaire leurs besoins. Le 1er juillet 2004, est entrée en vigueur la loi du 12 février 2004 modifiant la LAP. Depuis lors, les prestations d'assistance ne sont pas remboursables, sous réserve des art. 5B, 23, et 23A à 23D (art. 1 al. 5 LAP). Selon les dispositions transitoires (art. 30 LAP), les dettes d'assistance en cours le jour de l'entrée en vigueur de la loi modifiant la loi sur l'assistance publique du 12 février 2004 sont éteintes, à moins qu'elles ne soient remboursables au regard des critères fixés par les art. 5B, 23, et 23A à 23D. Or, l'art. 23A - également entré en vigueur le 1er juillet 2004 - prévoit, en dérogation au principe de non-remboursabilité, que les prestations d'assistance accordées à titre d'avances dans l'attente de prestations d'une assurance sociale sont remboursables dès que l'assurance sociale intervient (al. 1). Les organismes chargés de l'assistance publique doivent en principe demander à l'assurance sociale le versement en leurs mains des arriérés de prestations afférents à la période d'attente, jusqu'à concurrence des prestations d'assistance fournies durant la même période (al. 2). Au vu de ce qui précède, force est de constater que la LAP contient, depuis le 1er juillet 2004, une disposition instituant un droit légal incontestable pour l'Hospice Général de réclamer directement à l'assurance sociale le remboursement des avances qu'il a consenties. Cette disposition est par ailleurs applicable aux dettes d'assistance en cours au 1er juillet 2004. En conséquence, les prestations d'assistance versées au recourant par l'appelé en cause peuvent être qualifiées d'avances dont la compensation avec des prestations de l'assurance sociale peut être requise. En l'espèce, s'agissant des montants versés au recourant à titre de « frais casuels », l'appelé en cause a expliqué qu'il s'agissait d'un montant limité, disponible d'urgence, non compris dans l'entretien et s'ajoutant à celui-ci. Force est de constater que ces montants constituent dès lors une prestation d'assistance qui peut également faire l'objet d'une demande de remboursement. Quant au montant des frais médicaux, il a désormais clairement été établi par l'appelé en cause et le recourant s'est vu donner toutes les explications utiles par l'HG. Il n'y a dès lors pas d'éléments pouvant donner à penser que tous les frais médicaux n'auraient pas été distraits désormais du montant réclamé à titre d'avance. Enfin, s'agissant du non-paiement des cotisations AVS dont s'est plaint le recourant lors de son premier « recours » auprès du Tribunal de céans, en

janvier 2008, on relèvera que le montant des dites cotisations a été pris en compte au nombre des dépenses reconnues dans la décision de l'intimé du 9 mai 2007, annulant et remplaçant celle du 27 septembre 2005 et qu'à cette occasion, l'intimé a précisé à son bénéficiaire que c'était dès lors à lui de les payer à la caisse de compensation. Dans la mesure où le montant des cotisations a été pris en compte au nombre des dépenses, l'intimé n'avait pas à les payer. Ce grief est donc également infondé. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que le montant des avances à compenser ressortant de la décision du 27 janvier 2009 est désormais correct et qu'il y a lieu de la confirmer. En conséquence, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK 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.