

## **GE\_GERICHTE A/4430/2010 vom 31. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4430\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4430_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/4430/2010 du 31 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/4430/2010 del 31 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à Thônex recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, Genève intimé EN FAIT Monsieur à C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1974, souffre depuis la naissance d'une hémophilie B sévère. Par décisions des 2 septembre et 2 décembre 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 1999 au 30 novembre 2000, et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Par décisions du 11 mars 2004, l'Office cantonal des personnes âgées (devenu le Service des prestations complémentaires, ci-après le SPC ou l'intimé) a octroyé à l'assuré des prestations complémentaires ainsi que des subsides de l'assurance-maladie avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 1999. Au mois de janvier 2006, l'OAI a entrepris une révision de la rente d'invalidité. Dans ce cadre, le médecin-traitant de l'assuré, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que son patient conservait une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire avec petits déplacements (rapports des 6 avril 2006 et 15 mai 2007). L'OAI a alors mis en œuvre un stage d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP), lequel a conclu, dans son rapport du 9 novembre 2007, que l'assuré peut travailler dans le circuit économique normal, dans une activité professionnelle sédentaire (en position assise), non-physique, sans déplacements, sans charge des articulations, sans exposition à un milieu dangereux ou au choc physique. Durant cette mesure, des indemnités journalières ont été versées à l'assuré. Le 14 janvier 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles, en l'espèce concrétisées par une initiation à la bureautique et par des cours visant à l'obtention d'un diplôme d'aide-comptable, cours donnés par la Fondation pour la formation des adultes à Genève (IFAGE). Durant la période de réadaptation, soit dès le 15 octobre 2007, des indemnités journalières ont été versées à l'assuré, sous déduction du cumul avec la rente d'invalidité. Dès le 30 avril 2008, la rente AI a été supprimée et les indemnités journalières ont été servies sans réduction. En effet, selon l'OAI, le cumul de la rente AI et de l'indemnité journalière AI n'est possible que pour une durée de trois mois. Les indemnités journalières ont été payées jusqu'au 15 juin 2008. Dès cette date, l'assuré n'a reçu ni indemnités journalières ni rente AI. Par courrier électronique du 21 août 2008, l'IFAGE a informé l'OAI que l'assuré n'avait pas suivi tous les cours. Le 15 décembre 2008, le SPC a consulté les données de la Centrale de compensation dont il ressortait que la rente d'invalidité de l'assuré n'était plus versée depuis le mois de mai 2008. Par décision du même jour, le SPC a informé l'assuré qu'il n'avait plus droit aux prestations complémentaires dès le 30 avril 2008 dès lors qu'il n'était plus au bénéfice d'une rente de l'AI dès cette date. Le Service a également requis la restitution d'un montant de 17'320 fr., correspondant aux prestations complémentaires versées à tort du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2008. Une décision similaire a été notifiée s'agissant des subsides de l'assurance-maladie pour un montant à

restituer de 3'200 fr. L'assuré ne s'est pas opposé à ces décisions. Divers rappels lui ont été adressés au sujet du remboursement de l'indu, le dernier étant daté du 22 juin 2009. L'assuré n'y a pas réagi. Dans un avis du 8 décembre 2009, le Service médical régional de l'OAI (SMR), soit pour lui la Dresse M \_\_\_\_\_, a indiqué que la capacité de travail de 50 % reconnue le 27 mars 2007 n'a jamais pu être mise à profit. L'état actuel est aggravé avec une intervention orthopédique prévue le 21 janvier 2010. Il ressort d'un rapport de réadaptation de l'OAI du 9 décembre 2009 que le nécessaire devait être fait afin que le versement de la rente AI, suspendu au 30 avril 2008, puisse être repris avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2008. Par pli du 11 décembre 2009, l'OAI a demandé à la Caisse cantonale genevoise de compensation de rétablir au 1<sup>er</sup> juin 2008 le versement de la rente d'invalidité suspendue le 30 avril 2008. Par décision du 18 décembre 2009, l'OAI a repris le versement de la rente entière d'invalidité de l'assuré avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2008. Le 1<sup>er</sup> juin 2010, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'a pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'il continuera à bénéficier de la même rente jusqu'à ce jour. Le 11 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations complémentaires auprès du Service. Il y précise qu'il était au bénéfice de prestations complémentaires jusqu'au 30 avril 2008. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, le Service a octroyé à l'assuré des prestations complémentaires et des subsides de l'assurance-maladie dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Le 15 novembre 2010, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il ne la conteste pas en tant que les prestations complémentaires lui sont accordées dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, mais en raison du fait qu'elles ne sont pas versées avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Par décision du 30 novembre 2010, le Service a rejeté l'opposition, au motif que la demande de prestations complémentaires a été déposée plus de six mois après la notification de la décision de la rente de l'assurance-invalidité de sorte que conformément à la loi, le droit aux prestations complémentaires fédérales et cantonales prend naissance le premier jour du mois au cours duquel a été déposée la demande, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Par acte du 29 décembre 2010, l'assuré saisit le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) d'un recours contre la décision précitée. Il indique que c'est à tort que son cas a été traité comme une nouvelle demande et qu'il devrait recevoir des prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. En effet, ses prestations complémentaires ont été suspendues suite à une erreur de l'OAI. Par mémoire de réponse du 1<sup>er</sup> février 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il renvoie à sa position développée dans l'opposition querellée. Par ordonnance du 10 mars 2011, la Cour a requis de l'OAI l'apport de son dossier. Ce dernier l'a produit le 17 mars 2011. Suite de quoi la Cour a octroyé aux parties un délai au 11 avril 2011 pour consulter les pièces du dossier de l'OAI et communiquer leurs éventuelles déterminations. Les parties ne se sont pas exprimées dans le délai imparti et la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Il statue aussi, en application de l'art. 56V al. 2 let. a aLOJ, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances

sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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). S'agissant d'un litige relatif aux prestations complémentaires fédérales et cantonales, la compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Ses dispositions s'appliquent s'applique aux prestations complémentaires versées en vertu du chapitre 2 de la LPC, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). S'agissant des prestations cantonales, 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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). Dès lors que la demande de prestations est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, cette dernière s'applique par conséquent au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur la date à laquelle prend naissance le droit de l'assuré aux prestations complémentaires. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 let. c LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle au sens de l'art. 13 LPGA en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI) ou perçoivent des indemnités journalières de l'AI sans interruption pendant six mois au moins. Selon l'art. 12 LPC, le droit à une prestation complémentaire annuelle prend naissance le premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies (al. 1). Si la demande est déposée dans les six mois suivant l'admission dans un home ou un hôpital, le droit aux prestations prend naissance le premier jour du mois au cours duquel l'admission a eu lieu, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies (al. 2). Ce droit s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des conditions dont il dépend cesse d'être remplie (al. 3). Aux termes de l'art. 22 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301), si la demande d'une prestation complémentaire annuelle est faite dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI, le droit prend naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente (al. 1). L'alinéa 1 est applicable lorsqu'une rente en cours de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité est modifiée par une décision (al. 2). Le droit à des prestations complémentaires déjà octroyées mais n'ayant pu être versées au destinataire s'éteint si le paiement n'est pas requis dans le délai d'une année (al. 3). b) En matière de prestations cantonales, ont droit aux prestations complémentaires, selon l'art. 2 al. 1 LPCC, les personnes : a) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le territoire de la République et canton de Genève; b) et qui sont au bénéfice d'une rente de l'assurance vieillesse et survivants, d'une rente de l'assurance invalidité, d'une allocation pour impotent de l'assurance invalidité ou reçoivent sans interruption pendant au moins 6 mois une indemnité journalière de l'assurance invalidité; c) ou qui ont droit à des prestations complémentaires fédérales sans être au

bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité; d) et qui répondent aux autres conditions de la LPCC. À teneur de l'art. 18 LPCC, le droit à une prestation prend naissance le premier jour du mois où la demande est déposée et où sont remplies toutes les conditions légales auxquelles il est subordonné (al. 1). Si la demande d'une prestation est faite dans les 6 mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI, le droit prend naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente (al. 2). Le droit à une prestation s'éteint à la fin du mois où l'une des conditions dont il dépend n'est plus remplie (al. 3).

a) En l'occurrence, avant de déterminer le moment de l'ouverture du droit aux prestations complémentaires cantonales et fédérales, il sied de qualifier la portée de la demande de prestations complémentaires déposée par le recourant le 11 octobre 2010. En particulier, il convient d'examiner s'il s'agit d'une nouvelle demande de prestations ou plutôt d'une demande de révision et/ou de reconsidération de la décision du 15 décembre 2008.

b) Lors du dépôt du formulaire de demande de prestations complémentaires du 11 octobre 2010, le recourant n'a pas expressément indiqué qu'il sollicitait une révision (ou une reconsidération) de la décision de décembre 2008. Il s'est en effet limité à mentionner qu'il avait été au bénéfice de prestations complémentaires jusqu'au 30 avril 2008. Ainsi, cette demande a été traitée par l'intimé comme une nouvelle demande. Cependant, dans le cadre de son opposition, ainsi que du présent recours, l'assuré a clairement contesté la date du début du droit aux prestations, indiquant que la décision de l'intimé devait coïncider avec celle de l'OAI qui avait par erreur suspendu le versement de sa rente AI. Partant, la Cour de céans constate que le recourant sollicite tant des prestations pour l'avenir que pour le passé. En d'autres termes, il demande une révision (ou une reconsidération) de la décision du 15 décembre 2008 mettant fin aux prestations complémentaires dès le 30 avril 2008. Toutefois, l'intimé a traité la requête du recourant uniquement sous l'angle d'une nouvelle demande, sans examiner si les conditions d'une révision ou d'une reconsidération étaient réalisées.

c) Il convient ainsi de déterminer, d'une part, si la décision est conforme au droit s'agissant des prestations pour l'avenir et, d'autre part, dans quelle mesure l'intimé aurait dû examiner le droit aux prestations pour le passé. S'agissant des prestations pour l'avenir, la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique. En effet, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 11 octobre 2010, soit plus de six mois après la notification de la décision de l'OAI du 18 décembre 2009, de sorte que le droit aux prestations complémentaires fédérales et cantonales a pris naissance au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2010 (art. 12 al. 1 LPC et 18 al. 1 LPCC).

a) S'agissant des prestations pour le passé (du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 30 septembre 2010), la Cour de céans relève ce qui suit. A teneur de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Si des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve – susceptibles d'aboutir à une autre appréciation juridique – ne sont découverts qu'après coup, des décisions déjà passées en force doivent être revues d'office et appréciées une nouvelle fois (Directives de l'OFAS concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, n° 4750.01 DPC). Au niveau cantonal, la révision et la reconsidération sont prévues à l'art. 43A al. 1 et 2 LPCC, dont la teneur est identique à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA.

b) La garantie de la double instance doit être mise en relation avec le droit d'être entendu, avec lequel elle se confond dans une

certaine mesure tout au moins ; elle n'est pas, en tant que telle dans le domaine du droit administratif, une garantie générale de procédure ou un droit constitutionnel des citoyens (ATF non publié du 17 août 2000, 1A.17/2000). Il s'agit pour les parties d'éviter qu'une réparation de la violation du droit d'être entendu n'ait pour conséquence de les priver de la possibilité de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (ATFA non publié du 8 novembre 2002, I 431/02, consid. 3.1). c) En l'espèce, l'intimé ne s'est pas prononcé sur la question de savoir si les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA étaient réalisées, alors qu'elle devait être examinée d'office, ce d'autant plus que le recourant lui avait communiqué, lors du dépôt de la demande du 11 octobre 2010, copie de la décision de l'OAI du 18 décembre 2009, laquelle pourrait être considérée, à première vue, comme un fait nouveau. Cela étant, afin de respecter la garantie de la double instance, et de manière générale le droit d'être entendu des parties, il est indispensable que chacune d'elles puisse se prononcer à ce sujet, soit d'une part l'intimé par le prononcé d'une décision formelle au sujet de la révision et, d'autre part, le recourant sur la position de l'intimé en cas de rejet. Dans ce cadre, le SPC devra examiner si la demande de révision est tardive. En effet, aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 561/06 du 28 mai 2007, consid. 4). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA) et de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) (ATF U 57/06 du 7 février 2007, consid. 3.1). En l'espèce, la décision de l'OAI, rétablissant le droit du recourant à une rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2008, est datée du 18 décembre 2009. C'est à ce moment-là que le recourant a appris qu'il continuerait à avoir droit à une rente d'invalidité. Sous réserve d'une restitution de délai fondée notamment sur l'art. 41 LPGA, ou en raison d'autre motif, la demande du 11 octobre 2010 est formée bien au-delà du délai de 90 jours dès la connaissance du motif de révision, de sorte que la demande de révision apparaît à première vue tardive. Il appartiendra ainsi à l'intimé, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, d'examiner si l'ensemble des conditions d'une révision sont ou non réalisées, cas échéant éclaircir les raisons pour lesquelles l'assuré a agi après la décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> juin 2010 et non pas à réception de celle du 18 décembre 2009. d) S'agissant de la reconsidération, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer, selon la jurisprudence, les décisions, mais elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc et les références; 117 V 8 consid. 2a). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe pas. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué par la voie d'un recours ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies. L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard (ATFA

non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2). Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (voir notamment Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258 ). Aussi, dans la mesure où l'intimé n'a pas eu la possibilité d'exposer si elle accepte ou non d'entrer en matière sur une reconsidération de sa décision du mois de décembre 2008, la Cour de céans ne saurait se substituer à sa liberté d'appréciation. Il n'en demeure pas moins que l'administration doit se déterminer sur la demande du recourant. Au vu de ce qui précède, la décision querellée sera confirmée en tant qu'elle admet que le recourant a droit à des prestations complémentaires cantonales et fédérales, ainsi qu'aux subsides de l'assurance-maladie, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Elle sera toutefois annulée en tant que l'intimé n'a pas admis le droit aux prestations pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 30 septembre 2010, soit en examinant le droit aux prestations par le biais d'une révision, soit en indiquant s'il acceptait d'entrer en matière sur reconsidération. Aussi, la cause sera renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans ce sens. Pour le surplus, la présente procédure est gratuite (art. 61 al. 1 LPGA et 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Confirme les décisions des 1<sup>er</sup> et 30 novembre 2010 en tant que le recourant a droit aux prestations complémentaires fédérales et cantonales, ainsi qu'aux subsides de l'assurance-maladie, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Les annule en tant qu'elles rejettent le droit aux prestations complémentaires fédérales et cantonales, ainsi qu'aux subsides de l'assurance-maladie, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants. 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, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); 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.