

## **GE\_GERICHTE A/462/2013 vom 14. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_462\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_462_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/462/2013 du 14 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE A/462/2013 del 14 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT Madame F \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1971 a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité du 1 er octobre 1992 au 31 janvier 1999. Elle a entrepris en 1997 une formation et obtenu un CFC de commerce en 2000. Elle a effectué son apprentissage au sein de l'Etat de Genève dès le 1 er janvier 1998, puis y a été employée. Incapable de travailler depuis 2005, son droit au traitement a pris fin le 3 janvier 2007. Par décision du 23 juin 2009 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1 er mars 2006 au 31 janvier 2008, puis d'une demi-rente d'invalidité. L'assurée a déposé une demande de prestations complémentaires le 16 septembre 2009, dans laquelle elle indique percevoir actuellement une demi-rente AI de 885 fr. et une rente de prévoyance professionnelle de la CIA de 1'163 fr. 10. L'assurée a produit diverses attestations de la CIA, selon lesquelles elle perçoit une prestation d'invalidité provisoire fixée à 2'266 fr. dès le 3 janvier 2007 et à 1'163 fr. 10 dès le 1 er août 2009. Par décision du 23 avril 2010, le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après : le SPC ou l'intimé) a accordé à l'assurée des prestations complémentaires cantonales ainsi que la couverture de la prime d'assurance-maladie dès le 1 er août 2009. Selon les plans de calcul, au titre des revenus, sont pris en compte une rente AI, le gain de l'activité lucrative jusqu'au 31 janvier 2007 puis un gain potentiel de 18'500 fr. en moyenne dès le 1 er février 2008, ainsi qu'une rente de 2 ème pilier dès le 1 er janvier 2007, comme suit: 27'136 fr. du 1 er janvier 2007 au 31 décembre 2007; 27'808 fr. du 1 er janvier au 31 décembre 2008; 28'770 fr. du 1 er janvier 2009 au 31 juillet 2009; 13'957 fr. 20 dès le 1 er août 2009. Par décision du 20 décembre 2011, le SPC a fixé le montant des prestations dès le 1 er janvier 2012, en tenant compte d'une rente de 2 ème pilier de 13'957 fr. 20, tout en invitant l'assurée à contrôler attentivement les montants indiqués sur le plan de calcul. L'assurée a transmis le 12 avril 2012 au SPC une copie de la décision de la CIA du 5 avril 2012. Suite à la décision de l'assurance-invalidité du 23 juin 2009 et à celle de la Commission sociale de la CIA du 13 décembre 2010, l'institution de prévoyance lui accorde une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1 er mars 2006 au 31 janvier 2008, de 50 % du 1 er février 2008 au 28 février 2010, puis à nouveau de 100 % dès le 1 er mars 2010. Il en résulte une pension d'invalidité de 2'266 fr. 90 à 100 % et de 1'125 fr. 70 à 50 %. Les pensions rétroactives accordées du 1 er mars 2006 au 3 janvier 2007 sont versées à l'employeur, qui avait continué à payer le salaire. Par décisions du 22 novembre 2012, le SPC réclame à l'assurée le remboursement des prestations et du subside d'assurance maladie versés depuis le 1 er mars 2010, soit 18'210 fr. (13'422 fr. et 4'788 fr.). Dès cette date, au titre des revenus, le SPC tient compte de la rente AI (10'620 fr.), d'un gain potentiel (18'720 fr., puis 19'050 fr.) et de la rente du 2 ème pilier

(27'202 fr.). L'assurée a formé opposition. Elle conteste la prise en compte d'un revenu qu'elle ne perçoit pas et fait valoir que la suppression du subside ne lui permet plus de faire face à ses charges. Par décision sur opposition du 16 janvier 2013, le SPC a partiellement admis l'opposition et réduit la somme réclamée à 14'743 fr. au motif que la réduction de la rente CIA avait pris effet le 1<sup>er</sup> février 2008 et non pas le 1<sup>er</sup> août 2009. Ainsi, l'assurée avait droit aux prestations et au subside du 1<sup>er</sup> février 2008 au 28 février 2010. Depuis lors, suite à la décision de la CIA du 5 avril 2012 qui augmente rétroactivement à 100% la rente de 2<sup>ème</sup> pilier dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, l'assurée n'a plus droit à des prestations. L'assurée a formé recours le 7 février 2013. Elle a déposé une demande de révision auprès de l'Office cantonal AI, afin d'obtenir également une rente à 100 %, dès lors qu'elle ne peut pas travailler à 50 %. Bien que son logement soit subventionné, le loyer a beaucoup augmenté en quelques années. S'agissant de la décision de la CIA, compte tenu du fait que le courrier du 28 mars 2011 avait été adressé en copie à l'Office cantonal AI, elle était convaincue que le SPC l'avait également reçu. Ce courrier indique que la Commission médicale de l'institution de prévoyance lui reconnaît un degré d'invalidité de 100 % avec révision dans deux ans. Elle sollicite donc la remise de la somme réclamée et l'octroi du subside. Le SPC a persisté dans les termes de sa décision le 21 février 2013 et confirmé avoir enregistré la demande de remise de l'assurée, qui fera l'objet d'une décision distincte. Le service social de la commune de domicile de l'assurée a précisé le 19 février 2013 que la situation financière de l'assurée n'était pas tenable, car ses ressources ne couvraient même pas ses charges incompressibles, à savoir son loyer, sa prime d'assurance-maladie et son entretien personnel. Alors que l'assurée est totalement incapable de travailler, le SPC tient compte d'un gain potentiel qui supprime tout droit au subside d'assurance-maladie et aux prestations, ce qui contraint l'assurée à déposer une demande de révision de sa rente d'invalidité. Afin de diminuer ses charges, le service social a proposé à l'assurée de solliciter une allocation de logement et de chercher un logement moins cher, ce qui est très difficile actuellement à Genève. L'assurée a encore fait valoir le 15 avril 2013 qu'elle cherchait des solutions pour réduire ses charges, comme par exemple partager son logement, tout en craignant que cela lui occasionne d'autres problèmes. Elle est malade et totalement incapable de travailler depuis 2009, selon le certificat médical produit, mais elle n'a plus été en mesure de payer sa prime d'assurance-maladie depuis décembre 2012. Sur ce, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le régime des prestations complémentaires de l'AVS/AI. Ses dispositions s'appliquent aux prestations versées par les cantons en vertu du chapitre 1a, à moins que la LPC n'y déroge expressément (cf. art. 1 al. 1 LPC). Sur le plan cantonal, l'art. 1A LPCC prévoit qu'en cas de silence de la loi, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables

par analogie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). a) Selon l'art. 9 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Font notamment partie des revenus déterminants selon l'art 11 LPC, les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. Selon l'art. 14a de ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301), le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré dans la période déterminante (al. 1). Pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins, au montant maximum destiné à la couverture des besoins des personnes seules selon l'art. 10, al. 1, let. a, ch. 1, LPC, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 %. b) Le montant destiné à la couverture des besoins vitaux pour une personne seule est de 19'050 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC et art. 1 de l'ordonnance 11 concernant les adaptations dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI. c) Selon les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC ; état au 1<sup>er</sup> avril 2011), l'art. 14a OPC établit une présomption légale aux termes de laquelle les assurés partiellement invalides sont foncièrement en mesure d'obtenir les montants limites prévus. Cette présomption peut être renversée par l'assuré s'il établit que des facteurs objectifs ou subjectifs, étrangers à l'AI, lui interdisent ou compliquent la réalisation du revenu en question (DPC no 3424.04). Aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de prestations à l'une ou l'autre des conditions suivantes: - si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un ORP et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement; - lorsqu'il touche des allocations de chômage; - s'il est établi que sans la présence continue de l'assuré à ses côtés, l'autre conjoint devrait être placé dans un home ou un établissement hospitalier; - si l'assuré a atteint sa 60<sup>e</sup> année (DPC no 3425.05). Si l'assuré fait valoir dans la demande de prestations qu'il ne peut exercer d'activité lucrative ou atteindre le montant limite déterminant, le SPC doit procéder à la vérification de ces dires avant de rendre sa décision. L'assuré peut être invité à préciser ses allégations et à les étayer. S'il ne fait rien valoir de semblable, la décision peut être rendue sans autre (DPC no 3424.07). a) À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1<sup>er</sup>). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2). S'agissant des subsides, l'art. 33 al. 2 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05), prévoit que dans le cas où ils ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du SPC, ce dernier peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie. Selon l'art. 33 al. 1 LaLAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA. b) L'obligation de restituer prévue par l'art. 25 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5; ATF 129 V 110 consid. 1.1). La modification de

décisions d'octroi de prestations complémentaires peut avoir un effet ex tunc - et, partant, justifier la répétition de prestations déjà perçues - lorsque sont réalisées les conditions qui président à la révocation, par son auteur, d'une décision administrative. A cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). c) En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps sont indépendantes de la bonne foi du bénéficiaire des prestations, car il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau (ATF non publié P 61/2004 du 23 mars 2006). d) Selon l'art. 4 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile. Pour le surplus, dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (ATFA non publié du 25 janvier 2006, C 264/05, consid. 2.1). En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'espèce, il est établi que le taux et partant le montant de la rente d'invalidité de 2<sup>ème</sup> pilier de la CIA ont été modifiés avec effet rétroactif par décision du 5 avril 2012 de la CIA. La rente a ainsi été réduite de 100% à 50% du 1<sup>er</sup> février 2008 au 31 juillet 2009 étant rappelé qu'elle était déjà fixée à 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Elle a ensuite été augmentée à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2010. La décision sur opposition tient ainsi correctement compte de cette modification de revenus, à la baisse et à la hausse, pour le calcul des prestations. Cela n'est d'ailleurs pas vraiment contesté par l'assurée, qui sollicite la remise, laquelle fera l'objet d'une décision distincte lorsque la décision de restitution sera définitive. Ainsi, le montant des prestations complémentaires à restituer s'élevait à 4'788 fr. selon la décision du 22 novembre 2012, alors que c'est désormais l'assurée qui est créancière de 1'001 fr. selon la décision sur opposition. Par contre, le montant à rembourser pour le subside d'assurance maladie de 13'422 fr. doit également être réduit des subsides auxquels l'assurée a désormais droit pour la période allant du 1<sup>er</sup> février 2008 au 31 juillet 2009, soit 7'542 fr. (419 fr. x 18 mois). Il paraît en effet plus judicieux de compenser les créances, plutôt que de réclamer 13'743 fr. à l'assurée, pour lui verser ensuite les subsides dus. Au total donc, la somme à restituer est établie ainsi:

13'422 fr. (subsides à restituer pour la période allant du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 30 novembre 2012), dont à déduire 7'542 fr. (subsides dus à l'assurée pour la période allant du 1<sup>er</sup> février 2008 au 31 juillet 2009) et 1'001 fr. (prestations dues en faveur de l'assurée), soit un total de 4'879 fr. La décision sur opposition du 16 janvier 2013 sera donc annulée sur ce point. S'agissant du gain potentiel, il a été pris en compte par décision initiale du SPC du 23 avril 2010, dès le 1<sup>er</sup> février 2008, puisque l'assurée ne bénéficiait depuis lors que d'une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 50% à 59%. Le gain a été fixé à concurrence du montant destiné à la couverture des besoins vitaux pour une personne seule, soit 18'140 fr. en 2008 et 18'720 fr. en 2009 et 2010. Par décision du 20 décembre 2011, le SPC a aussi tenu compte de ce gain potentiel porté à 19'050 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, montant maintenu pour 2012 par décision du 20 décembre 2011. Toutes ces décisions sont définitives, faute d'opposition dans un délai de 30 jours et, force est de constater que ni la décision de restitution du 22 novembre 2012, ni la décision sur opposition du 13 janvier 2013 ne portent sur cet élément du calcul, fixé définitivement dès janvier 2012 et au demeurant fondé sur une disposition claire de l'ordonnance. Ainsi, si l'assurée entend faire valoir d'autres motifs que ceux tirés de son invalidité pour réduire ou supprimer ce gain potentiel, il lui appartient de déposer une demande de révision au SPC dans ce sens. A défaut, elle devra attendre une décision de l'OAI augmentant son taux d'invalidité, le cas échéant, solliciter des prestations d'assistance. Ainsi, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition est annulée en tant qu'elle réclame à l'assurée un montant supérieur à 4'879 fr. et confirmée pour le surplus. C'est donc cette somme qui fera l'objet d'une décision statuant sur la demande de remise. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, annule la décision sur opposition du 16 janvier 2013 et dit que la somme à restituer s'élève à 4'879 fr. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La Présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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