

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1118/2010

ATAS/587/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 26 mai 2010

En la cause

Monsieur C _____, domicilié à GENEVE, représenté par
Madame -C _____

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Par demandes séparées, reçues le 22 avril 2008, M. C _____, né en 1911, et Mme C _____, son épouse, demandent des prestations complémentaires à leurs rentes AVS.
2. Par décision du 20 juin 2008, le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) refuse au requérant les prestations complémentaires. Il prend en considération, pour le calcul des prestations, la moitié des revenus et de la fortune du couple.
3. Par courrier du 12 juillet 2008, le requérant s'oppose à cette décision. Il reproche au SPC de ne pas avoir inclus les cotisations d'assurance-maladie dans les dépenses reconnues. A cet égard, il fait valoir qu'il paie pour lui et son épouse la somme de 16'860 fr. par an à ce titre. Il conteste également la prise en considération des biens dessaisis.
4. Par courrier du 29 avril 2009, le SPC explique au requérant qu'en ce qui concerne les primes d'assurances-maladie, un subside ne peut être accordé que sur la base de la prime moyenne cantonale, qui était en 2008 de 5'028 fr. par an pour une personne adulte. Certes, dans son calcul, ce montant n'a pas été ajouté aux dépenses. Toutefois, si le plan de calcul présente un dépassement de barème inférieur aux primes moyennes pour l'ensemble des personnes concernées, le subside est accordé. En l'occurrence, les revenus déterminants du requérant dépassent ses dépenses reconnues de 44'373 fr., en ce qui concerne les prestations complémentaires fédérales, et de 62'542 fr., s'agissant des prestations complémentaires cantonales. Le SPC donne également des explications concernant les biens dessaisis et corrige une erreur de calcul qui s'est produite. Il joint ainsi à son courrier une nouvelle décision de prestations complémentaires avec le calcul corrigé.
5. Par courrier du 26 mai 2009, le requérant persiste à contester cette décision, tout en précisant qu'il ne demande pas et n'a jamais demandé de subside pour la couverture des primes d'assurances maladies. Il demande seulement que ce montant soit pris en compte dans le calcul de ses dépenses. Il fait par ailleurs état de ce que sa situation financière, ainsi que celle de son épouse se sont considérablement détériorées, son épouse ayant passé la plus grande partie de l'année 2008 dans des établissements médico-sociaux. Les frais de pension sont à peu près équivalents aux revenus cumulés de son épouse et aux siens, de sorte qu'il a dû entamer ses économies et que sa fortune a sensiblement diminué. La crise boursière de l'automne 2008 a également entraîné une importante diminution de la valeur de son portefeuille-titres. Ainsi, le requérant a demandé une mise à jour de son dossier, en tenant compte de sa situation effective au 31 décembre 2008. Il annexe à son courrier les relevés bancaires et le relevé de titres pour son épouse et lui-même, ainsi que copie

de sa déclaration fiscale 2008, du bordereau 2008 et de l'avis de taxation provisoire établi le 9 mars 2009.

6. Par décision du 6 novembre 2009, le SPC refuse à nouveau les prestations complémentaires, après avoir recalculé les revenus et dépenses déterminants, sur la base des renseignements fournis par le requérant.
7. Par courrier du 14 novembre 2009, le requérant s'oppose à cette décision, en reprenant ses arguments précédents. Il souligne également que l'administration fiscale cantonale a constaté qu'il n'était pas taxable pour l'année fiscale 2008, ni en ce qui concerne l'impôt fédéral direct, ni en ce qui concerne l'impôt cantonal. Il a réitéré sa demande de procéder à une mise à jour de son dossier pour tenir compte de sa situation effective au 31 décembre 2008.
8. Par courrier du 21 novembre 2009, il forme formellement opposition à la décision du 6 novembre 2009. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte du montant des primes d'assurance-maladie du couple dans les dépenses reconnues. Par ailleurs, son épouse séjourne depuis mai 2008 dans un EMS et ne pourra plus revenir à son domicile. Les frais de pension s'élèvent à 216 fr. par jour. En plus de la rente AVS de son épouse de 1'710 fr., les frais de pension s'élèvent pour 2009 à 58'320 fr. A cela s'ajoutent 300 fr. par mois pour les frais accessoires. Ainsi, les primes d'assurance-maladie et les frais de pension de son épouse représentent à eux seuls 78'780 fr., soit plus du double du total des dépenses reconnues par le SPC. Il réitère dès lors sa demande d'établir un nouveau plan de calcul.
9. Par décision du 10 décembre 2009, le SPC octroie à l'épouse des prestations complémentaires fédérales de 232 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2010, ainsi que le subside d'assurance-maladie pour une prime mensuelle de 436 fr. Pour son calcul, il tient compte, à titre de dépenses reconnues, du prix de pension de 83'220 fr. par an et d'un forfait annuel de dépenses personnelles de 3'600 fr. Il se fonde en outre sur la moitié des revenus et fortune du couple.
10. Par décision du 4 mars 2010, le SPC rejette l'opposition du requérant à sa décision du 6 novembre 2009. Il relève que la prime moyenne d'assurance-maladie s'élève à 5'232 fr. par an pour un adulte en 2009, de sorte que le subside ne pourrait être octroyé que si la différence entre les dépenses et les ressources était inférieure à cette somme, ce qui n'était pas le cas. Par ailleurs, selon la loi, un nouveau calcul des prestations complémentaires annuelles ne peut être effectué qu'une fois par an, en cas de diminution de la fortune. Le SPC invite ainsi le requérant à lui faire parvenir les relevés relatifs à la fortune mobilière au 31 décembre 2009.
11. Par acte du 28 mars 2010, le requérant recourt contre cette décision, en concluant à ce que l'intimé soit invité à établir un nouveau plan de calcul qui tienne compte de ses dépenses effectives, notamment en ce qui concerne son loyer, les primes d'assurance-maladie et les frais de pension de son épouse.

12. Par préavis du 21 avril 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. En ce qui concerne les frais de pension pour l'épouse, il relève qu'il a rendu des décisions séparées pour le recourant et son épouse, dès lors que cette dernière est en pension. L'intimé souligne en outre que si la fortune du recourant a diminué, en raison notamment des frais de pension payés en 2008 et des primes relatives aux assurances complémentaires, il lui appartiendra de fournir des justificatifs des factures payées, afin que l'intimé mette à jour le montant pris en compte à ce titre.
13. Par écritures du 14 mai 2010, le recourant, représenté par sa fille, insiste sur le fait qu'il conclut à ce qu'il soit dit et jugé que le "plan de calcul" annexé à la décision de prestations complémentaires et de subside d'assurance-maladie du 6 novembre 2009 est nul et non avenu, dès lors qu'il ne prend pas en compte, au titre des dépenses reconnues, les primes d'assurances-maladie qu'il verse pour son épouse et lui-même. Il répète aussi qu'il conclut à ce que l'intimé établisse un nouveau plan de calcul qui tienne compte de ses dépenses effectives, notamment en ce qui concerne son loyer et les primes d'assurance-maladie. Il rappelle qu'il ne demande pas de subside pour l'assurance-maladie, mais uniquement l'établissement d'un plan de calcul conforme à la législation. Il estime qu'il subit un préjudice du fait que le plan de calcul est erroné, dans la mesure où le niveau de ses dépenses est supérieur à celui de ses revenus en raison des frais de pension qu'il verse pour son épouse. Il aura ainsi bientôt épuisé ses économies et n'aura d'autre choix que de faire appel aux subsides de l'Etat. A ce moment, on pourrait lui reprocher un niveau de dépenses supérieur aux dépenses reconnues par l'intimé. La différence pourrait être considérée comme un dessaisissement ou comme une diminution non justifiée et sans contrepartie du patrimoine.
14. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ en instance unique, sur les 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006. Conformément à l'art. 56V al. 2 let. a LOJ, le Tribunal de céans statue également en instance unique 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. Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Se pose en premier lieu la question de l'objet du litige.

a) Dans tous les cas, seul le dispositif d'une décision est attaquable, soit en l'occurrence le refus de prestations complémentaires. Lorsque ce sont les motifs d'une décision d'octroi de prestations qui sont contestés, il y a lieu d'examiner si c'est en réalité une modification du dispositif qui est demandée. Si l'assuré ne demande pas une modification du dispositif, il faut examiner s'il a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du point litigieux contenu dans la décision attaquée (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa, et les références ; ATFA du 7 juin 2002, I 416/01 consid. 1).

b) En l'espèce, le recourant ne requiert pas une modification du dispositif, puisqu'il dit ne pas demander le subsidie d'assurance-maladie. Il conclut uniquement à une modification du plan de calcul, lequel ne serait pas conforme au droit. Ses conclusions doivent ainsi être interprétées comme une demande de constatation de droit, de sorte qu'il convient d'examiner s'il a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du plan de calcul, sur lequel est fondée la décision.

Tel doit être nié. En effet, ce plan de calcul ne liera ni l'autorité intimée ni les juridictions saisies de recours, en dehors de la décision présentement contestée, dès lors qu'il constitue uniquement un motif de la décision et qu'il peut en tout temps être rectifié. Ainsi, il sera loisible au recourant de contester ce plan de calcul dans les décisions ultérieures que rendra l'intimé. Il est par ailleurs inexact que le SPC se fondera le cas échéant sur les dépenses reconnues dans ce plan de calcul sans tenir compte des primes d'assurance-maladie. Ces primes sont en effet toujours retenues dans les dépenses, lorsqu'il s'agit d'examiner la somme nécessaire à l'entretien d'un ayant-droit.

Ainsi, en ce que le recourant conclut à la modification du plan de calcul, sans requérir des prestations, son recours est irrecevable.

c) Néanmoins, le Tribunal de céans examinera, pour être complet, s'il peut bénéficier des prestations complémentaires fédérales et/ou cantonales, ce qui implique d'établir les dépenses reconnues.

4. 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.

En vertu de l'art. 9 al. 2 LPC, les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés. Il en va de même pour des orphelins faisant ménage commun.

L'art. 9 al. 3 LPC prévoit, pour les couples dont l'un des conjoints ou les deux vivent dans un home ou dans un hôpital, que la prestation complémentaire annuelle est calculée séparément pour chacun des conjoints. La fortune est prise en compte à raison de la moitié pour chacun des conjoints. Les dépenses reconnues et les revenus déterminants sont généralement soumis au partage par moitié. Le Conseil fédéral règle les exceptions.

b) Les revenus déterminants au sens de l'art. 11 LPC comprennent notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière ainsi que les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (art. 11 al. 1 let. b et d LPC). S'y ajoute un quinzième de la fortune nette pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance-invalidité, dans la mesure où elle dépasse 40'000 fr. pour les couples (art. 11 al. 1 let. c LPC).

c) 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), 27'210 fr. pour les couples (ch. 2), et 9'480 fr. pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI, la totalité du montant déterminant étant prise en compte pour les deux premiers enfants, les deux tiers pour deux autres enfants et un tiers pour chacun des enfants suivants (ch. 3). Selon la let. b de cette disposition, les dépenses reconnues comprennent en outre le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs ; en cas de présentation d'un décompte final des frais accessoires, ni demande de restitution, ni paiement rétroactif ne peuvent être pris en considération ; le montant annuel maximal reconnu est de 13'200 fr. pour les personnes seules (ch. 1), 15'000 fr. pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (ch. 2), et 3'600 fr. supplémentaires si la location d'un appartement permettant la circulation d'une chaise roulante est nécessaire (ch. 3). Enfin, l'art. 10 al. 3 LPC dispose que sont en outre reconnus comme dépenses les frais d'obtention du revenu, jusqu'à concurrence du revenu brut de l'activité lucrative (let. a), les frais d'entretien des bâtiments et les intérêts hypothécaires, jusqu'à concurrence du rendement brut de l'immeuble (let. b), les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie (let. c), 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) et les pensions alimentaires versées en vertu du droit de la famille (let. e).

d) L'art. 10 al. 2 LPC prescrit, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant dans un home ou un hôpital), que les dépenses reconnues comprennent la taxe journalière (let. a) et un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b). L'al. 3 de l'art. 10 LPC dispose en outre que sont en outre reconnus comme dépenses les frais d'obtention du revenu, jusqu'à concurrence du revenu brut de l'activité lucrative (let. a), les frais d'entretien des bâtiments et les intérêts hypothécaires, jusqu'à concurrence du rendement brut de l'immeuble (let. b), les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie (let. c), 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) et les pensions alimentaires versées en vertu du droit de la famille (let. e).

5. S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 4 LPCC dispose qu'ont droit aux prestations les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale (ci-après : RMCAS) applicable, le montant de la prestation complémentaire correspondant à la différence entre le RMCAS et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC). Le revenu déterminant au sens de l'art. 5 al. 1 LPCC comprend, notamment, le produit de la fortune, tant mobilière qu'immobilière (let. b), un huitième de la fortune nette après déduction d'un montant de 40'000 fr. pour les couples (let. c), les rentes de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité ainsi que les indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. d), les rentes, pensions et autres prestations périodiques (let. f), les prestations complémentaires fédérales (let. e) et les ressources dont un ayant droit s'est dessaisi (let. j). Selon l'art. 1A let. a LPCC, les prestations complémentaires cantonales sont en outre régies, en cas de silence de la loi, par la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales.

b) Les dépenses reconnues au niveau cantonal sont celles énumérées par la LPC et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, qui est remplacé par le montant déterminé par la LPCC, aux termes de l'art. 6 de cette loi. Pour les personnes vivant à domicile, le RMCAS s'élève à 24'906 fr. par an pour une personne seule dès le 1^{er} janvier 2009 (art. 3 al. 1 let. a du règlement d'application de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 juin 1999 - RPCC ; RS J 7 15.01). Il est de 37'359 fr. pour un couple (art. 3 al. 1 let. b RPCC).

6. En l'espèce, l'intimé a examiné séparément pour le recourant et son épouse si ceux-ci peuvent bénéficier des prestations complémentaires, conformément à l'art. 9 al. 3 LPC, dès lors que cette dernière vit dans un home. Il est vrai que le Tribunal de céans n'a connaissance que de la décision du 10 décembre 2009 de l'intimé concernant l'épouse. Toutefois, il ressort des décisions relatives au recourant que l'intimé a dès le départ examiné séparément pour chacun des époux le droit aux prestations. En effet, ces décisions ne prennent en considération que la moitié des revenus et fortune du couple, ainsi que, pour ce qui concerne le recourant, le forfait annuel pour une personne vivant seule au domicile. Le recourant conteste cependant uniquement la décision rendue à son encontre et non pas celle dont a fait l'objet son épouse.

Néanmoins, il est à relever que l'intimé octroie à son épouse des prestations complémentaires fédérales de 232 fr. par mois, ainsi que le subside d'assurance-maladie, au maximum de la prime moyenne, à savoir de 436 fr. par mois. Dans son calcul, il prend aussi en considération le prix de la pension de l'épouse. Ainsi, en ce que le recourant demande que l'intimé tienne compte, dans la décision le concernant, de la totalité des primes d'assurances payées pour le couple, son recours est à tout le moins sans objet pour la moitié de cette prime, puisqu'elle est payée par l'intimé et donc reconnue comme dépense. Il convient également de préciser que les assurances-maladie complémentaires ne sont en tout état de cause pas reconnues comme dépenses pour le calcul des prestations complémentaires.

En ce qui concerne la prime d'assurance-maladie obligatoire du recourant, ce n'est pas parce que l'intimé ne la mentionne pas expressément dans le calcul annexé à sa décision, qu'il n'a pas examiné si cette dépense justifie le versement du subside d'assurance-maladie. En effet, l'intimé n'indique expressément les cotisations d'assurance-maladie qu'au cas où il appert que le revenu déterminant ne suffit pas à payer les dépenses reconnues, telles qu'elles ressortent de son plan de calcul, et les primes d'assurance-maladie. Dans cette hypothèse, le subside d'assurance-maladie est alors octroyé à titre de prestations complémentaires sous forme de prise en charge complète de la prime d'assurance.

En l'occurrence, il y a lieu de constater, avec l'intimé, que les revenus du recourant(ou précisément la moitié des revenus du couple) et sa fortune prise en considération (plus précisément la moitié de la fortune du couple) dépassent, en ce qui concerne les prestations complémentaires fédérales, ses dépenses de 38'275 fr., sans la prime d'assurance-maladie, et de 49'413 fr, en ce qui concerne les prestations complémentaires cantonales. Ainsi, même en ajoutant aux dépenses le montant de la prime maximale reconnue à Genève, soit 5'232 fr. par an et par personne, celles-ci restent largement inférieures aux revenus et fortunes déterminants.

L'intimé a enfin retenu la totalité du loyer du recourant. Celui-ci n'a en outre pas exposé dans son recours pourquoi le montant retenu à ce titre serait insuffisant.

Par conséquent, c'est à raison que l'intimé a refusé ses prestations au recourant.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, pour autant qu'il soit recevable.
8. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Le rejette, pour autant qu'il soit recevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le