

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1290/2026

ATAS/529/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représenté par **B**_____, mandataire

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré) né en _____ 1963, s'est vu octroyer une allocation pour impotent de degré moyen depuis le 1^{er} juillet 2017, selon décision de l'office de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI). Se fondant sur cette décision, la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) a prononcé le 23 janvier 2019 le droit à une allocation pour impotent (ci-après : API) de degré moyen, dès le 1^{er} juillet 2016, fixant une date de révision de l'API dès le 23 janvier 2024. Par décision du 4 avril 2019, le montant de la prestation mensuelle a été fixé à CHF 1'175.-, de juillet 2017 à décembre 2018, puis de CHF 1'185.-, dès le mois de janvier 2019.
- b.** Par prononcé du 10 mars 2026, la caisse, agissant au nom de l'OAI a décidé qu'à la suite du séjour à l'hôpital de l'assuré pour la période allant du 29 octobre 2025 au 6 février 2026, l'assuré n'avait pas droit au versement de l'API pour les mois de novembre à janvier 2026.
- B.** **a.** Par décision du 10 mars 2026, l'OAI a demandé la restitution des prestations indûment touchées pendant son hospitalisation, du 29 octobre 2025 au 6 février 2026, ainsi que le mois de mars 2026 pendant lequel l'assuré disposait d'un moyen de l'AI à domicile sans accompagnement, soit, au total, un montant de CHF 3'780.-.
- C.** **a.** Par acte posté le 7 avril 2026, l'épouse de l'assuré, agissant au nom de ce dernier, a recouru contre la décision du 10 mars 2026 par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a fait valoir que pendant l'hospitalisation de son mari, son fils et elle-même continuaient d'assumer le paiement des charges du ménage, ajoutant que son mari avait été hospitalisé durant trois mois et non cinq, comme mentionné dans la décision. Au vu de ces éléments, de la bonne foi de l'assuré et de la situation difficile sur le plan financier, elle concluait à ce que la décision soit reconsidérée.
- b.** Par préavis du 5 mai 2026, rédigé par la caisse à l'attention de l'OAI, la caisse a recommandé de conclure au rejet du recours. Elle faisait valoir que la demande de remise, impliquant les notions de bonne foi et de situation financière difficile, ne pouvait être déposée qu'une fois la décision sur restitution entrée en force ; pour cette raison, ces arguments ne pouvaient pas être examinés au stade de la décision sur restitution. S'agissant de cette dernière, elle rappelait que selon la circulaire sur l'impotence (ci-après : CSI) il était précisé au titre 6.3.2 que la notion d'établissement hospitalier correspondait à celle de l'hôpital, qui recouvrait également celle de clinique, de maison de santé et de centre de réhabilitation. S'agissant du nombre de mois donnant lieu à restitution, la caisse admettait que son décompte n'était pas très clair, mais précisait que la restitution portait bien et uniquement sur trois mois d'API, soit de novembre 2025 à janvier 2026, ce qui équivalait à CHF 3'780.- (soit 3 x CHF 1'260.-).

- c. Par réponse du 6 mai 2026, l'OAI s'est entièrement rapporté aux développements et conclusions résultant de la détermination du 5 mai 2026 établie par la caisse.
- d. Invité à répliquer par courrier du 11 mai 2026, l'assuré n'a pas réagi dans le délai octroyé.
- e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
- f. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de restitution de trois mois d'API versées au recourant pendant son séjour à l'hôpital.

3.

3.1 On rappellera qu'est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). Ces actes sont ceux que la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA désignait par « actes ordinaires de la vie » (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 10 *ad* art. 42 LAI).

3.2 L'impotence devant résulter d'une atteinte à la santé, mais pas nécessairement d'une invalidité, une allocation pour impotent peut être servie à un assuré qui ne perçoit pas de rente d'invalidité, faute notamment de présenter le degré d'invalidité requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité, pourvu que l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi – impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins et d'accompagnement (VALTERIO, *op cit.*, n. 1 et 6 *ad* art. 42 LAI). Toutefois, si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée

comme impotente selon l'art. 42 al. 3 1^{ère} phr. LAI, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 42 al. 3 2^{ème} phr. LAI).

3.3 À teneur de l'art. 67 al. 2 LPGa, si le bénéficiaire d'une allocation pour impotent séjourne dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale, le droit à l'allocation est supprimé pour chaque mois civil entier passé dans l'établissement.

4.

4.1 Selon l'art. 25 LPGa, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint trois ans 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).

4.2 L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGa) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa) de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références ; 138 V 426 consid. 5.2.1 et les références ; 130 V 318 consid. 5.2 et les références). En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer les prestations indûment touchées et son étendue dans le temps ne sont pas liées à une violation de l'obligation de renseigner (ATF 122 V 134 consid. 2e). Il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau.

4.3 À 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 129 V 200 consid. 1.1 ; 127 V 466 consid. 2c et les références), de 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. Ainsi, par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence).

- 5.** En l'espèce, le recourant conteste devoir rembourser le montant des API versées pendant les mois de novembre 2025 à janvier 2026, au motif que sa prise en charge dans un hôpital, pendant trois mois, n'a pas eu pour effet de diminuer les charges du ménage.

L'intimé quant à lui, se fonde sur l'art. 67 al. 2 LPGa pour demander le remboursement.

5.1 Le courrier des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 10 mars 2026, destiné à l'intimé, confirme que le recourant a été hospitalisé à l'hôpital de C_____ du 29 octobre 2025 au 11 février 2026.

Partant, il ne fait aucun doute qu'il a séjourné dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance maladie, ce qui doit conduire à la suppression du droit à l'allocation pour chaque mois civil entier passé dans l'établissement.

À teneur du courrier des HUG, le recourant a passé au moins trois mois entiers, soit les mois de novembre 2025 à janvier 2026, à l'hôpital de C_____.

Etant précisé que selon la CSI, ch. 6020, la notion d'« établissement hospitalier » correspond à celle d'hôpital, qui recouvre également celles de « clinique », de « maison de santé », « centre de réhabilitation » (de longue durée), etc. Peu importe qu'il s'agisse d'un hôpital public ou privé.

A teneur du ch. 6021, le droit à l'allocation pour impotent de l'AI est supprimé pour chaque mois civil entier que l'assuré passe dans un établissement hospitalier (art. 67 al. 2 LPGa). Étant donné que, dans le cas des assurés majeurs, elle est toujours versée à l'avance pour le mois civil entier, les montants alloués en trop sont déduits après coup des sommes à verser par la suite.

Il découle de ces éléments que l'intimé était en droit de demander la restitution des API versées pendant ces trois mois, étant précisé que la demande de restitution n'est pas prescrite.

5.2 Par ailleurs, et comme le souligne la caisse, il sera rappelé au recourant qu'il a la possibilité, dans les trente jours qui suivent l'entrée en force du présent arrêt, de déposer une demande de remise de son obligation de rembourser auprès de l'OAI et ceci pour autant que les conditions cumulatives de la bonne foi et d'une situation (financière) difficile soient réunies (art. 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]).

6.

6.1 À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

6.2 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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, 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

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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