RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1503/2001 **ATAS/247/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 15 avril 2004

3ème chambre

En la cause

Feu Madame D_____, soit pour elle l'Office des Faillites, recourante
Case postale 1856, 1227 Carouge

contre

OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES, case postale 6375, intimé
1211 Genève 6

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente**
Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, juges

EN FAIT

1. Née le 29 avril 1917, Madame D_____ a résidé depuis la fin de l'année 1996 dans l'établissement médico-social « X_____ » à Onex. Bénéficiaire d'une rente de vieillesse, elle recevait en outre des prestations complémentaires depuis le 1er décembre 1996.

2. Suite à l'indexation du montant de la rente de vieillesse le 1er janvier 2001, l'Office cantonal des personnes âgées (OCPA) a découvert incidemment que l'assurée avait aussi été mise au bénéfice d'une allocation pour impotent et ce, depuis le 1er novembre 1997. Dès lors, l'OCPA a repris le calcul des prestations et constaté que 2'052 francs de prestations complémentaires avaient été versés à tort, de même que 4'745 francs 60 à titre de subsides de l'assurance-maladie.

3. Par décision du 5 février 2001, l'OCPA a donc mis un terme au versement des prestations complémentaires et subsides à partir du 1er janvier 2001 et réclamé à l'assurée la restitution des prestations indûment perçues durant la période du 1er novembre 1997 au 31 décembre 2000, soit 6'797 francs 60 au total.

4. Par courrier expédié le 19 février 2001, le fils de l'assurée a demandé au nom de sa mère la remise de ce montant.

5. Par décision du 13 juin 2001, l'OCPA a rejeté cette demande au motif que l'assurée ne pouvait être considérée comme étant de bonne foi, puisqu'elle ne pouvait ignorer qu'elle devait informer l'OCPA.

6. Par courrier du 13 juillet 2001, le fils de l'assurée a formé réclamation au nom de sa mère en alléguant que cette dernière n'avait pas conscience du changement intervenu dans sa situation. Cette réclamation a été rejetée par l'OCPA par décision du 14 août 2001.

7. Le 12 septembre 2001, l'assurée, représentée par Maître ROUVINET, a interjeté recours contre cette décision. Le conseil de l'assurée a exposé que tant la rente de vieillesse que les prestations complémentaires ou encore l'allocation pour impotent étaient versés sur le compte bancaire de l'assurée sur lequel son fils possédait une procuration. C'était lui qui s'acquittait de toutes les factures, si bien que l'assurée n'avait pas eu connaissance des montants qui lui avaient été versés et du titre auquel ils l'avaient été. Qui plus est, l'assurée, âgée de 84 ans, était restée profondément affectée par le décès de son mari en 1997. Depuis lors, elle présentait tous les symptômes de la dépression et ne s'intéressait plus à rien.

8. Par jugement du 20 décembre 2001, la Commission cantonale de recours a admis la bonne foi de l'assurée. Partant, elle a renvoyé le dossier à l'OCPA afin que ce dernier examine la réalisation de la seconde condition permettant la remise et rende une nouvelle décision. La Commission de recours a estimé qu'au vu des circonstances, on ne pouvait reprocher à l'assurée une négligence grave ou un comportement dolosif. Certes, l'obligation de renseigner l'OCPA n'avait pas été respectée mais il apparaissait très vraisemblable que l'assurée n'ait pas eu connaissance du détail des montants dont elle était bénéficiaire et du titre auquel ils lui avaient été versés.

9. Le 12 avril 2002, l'OCPA a interjeté recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances sociales (TFA). Ce dernier, dans un arrêt du 18 février 2003, l'a admis et a annulé le jugement de la Commission cantonale de recours, à qui le dossier a été renvoyé pour complément d'instruction. En premier lieu, le TFA a relevé que les prestations d'assurance n'avaient pas été encaissées par le fils de l'assurée mais versées directement à cette dernière et que l'OCPA avait d'ailleurs toujours adressé son courrier à l'assurée elle-même ou à l'établissement médico-social dont elle était pensionnaire. Il en a tiré la conclusion que le fils de l'assurée - à qui l'OCPA n'avait d'ailleurs même pas transmis copie de ses décisions - ne pouvait donc être considéré comme représentant volontaire et n'était donc pas tenu par une obligation de renseigner. En second lieu, le TFA a estimé qu'il n'avait pas été prouvé à satisfaction de droit que l'assurée ne pouvait satisfaire à son obligation de renseignement. Selon lui, l'autorité cantonale se serait fiée à une simple hypothèse pour admettre la bonne foi de l'assurée. Il a dès lors recommandé que son médecin, susceptible d'apporter les explications utiles et d'éclaircir la situation de sa patiente, soit interrogé sur le point de savoir si l'on pouvait raisonnablement attendre d'elle qu'elle informe l'OCPA du changement intervenu dans sa situation matérielle.

10. Par courrier du 21 mars 2003, le conseil de l'assurée a informé la Commission cantonale de recours que cette dernière était décédée en date du 3 septembre 2002.

11. Par courrier du 8 mai 2003, la Commission cantonale de recours a interpellé l'EMS et lui a demandé d'une part, un certificat détaillé du médecin traitant et, d'autre part, le témoignage du personnel de l'établissement, quant à la question de la capacité de discernement de l'assurée. Il a été demandé en particulier si elle était en état de veiller à la tenue de ses comptes bancaires, d'accomplir les formalités administratives y relatives et si la dépression dont elle souffrait pouvait affecter son discernement.

12. L'EMS, s'estimant dans l'incapacité de répondre à ces questions, a transféré cette demande de renseignements au Dr A_____, psychiatre, qui s'était occupé de l'assurée. Par courrier du 28 mai 2003, ce dernier s'est dit dans l'impossibilité de juger rétrospectivement si sa patiente possédait la capacité de discernement

concernant la tenue de ses comptes bancaires et l'accomplissement des formalités administratives.

13. Convoqué par le Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr A_____ a produit une décision émanant de la Commission de surveillance des professions de la santé, datée du 23 février 2004, refusant la levée du secret professionnel, constatant qu'il n'était pas en mesure de répondre à la question de la capacité de discernement de la patiente et l'autorisant uniquement à confirmer le courrier déjà adressé à la Commission cantonale de recours.

14. Le fils de l'assurée a pour sa part confirmé que c'est la maison des X_____ qui recevait directement toutes les rentes versées à sa mère et qui se chargeait chaque mois d'effectuer un décompte des frais avant de le lui faire parvenir pour qu'il paie le solde. Lui-même ignorait donc que sa mère était bénéficiaire d'une allocation pour importent. A l'appui de ses dires, il a produit les décomptes que lui adressaient X_____. Les montants versés à l'assurée et le titre auquel ils l'ont été sont cependant indiqués sur lesdits décomptes.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications dans le domaine des prestations complémentaires. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière de prestations complémentaires ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière de prestations complémentaires à l'assurance AVS/AI notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Conformément à l'art. 27 al. 1 de l'ordonnance fédérale du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et invalidité (OPC AI-AVS), les prestations complémentaires fédérales indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou ses héritiers. Les prescriptions de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) sont applicables par analogie à la restitution des prestations fédérales et à la libération de l'obligation de les restituer. Or, il ressort des art. 47 al. 1 LAVS et 79 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS) qu'il ne peut être renoncé à la restitution des prestations indues que si deux conditions cumulatives sont réunies : l'intéressé était de bonne foi et la restitution le mettrait dans une situation difficile.

5. En l'occurrence, il apparaît impossible d'établir a posteriori que l'assurée n'avait pas la capacité de discernement. Son médecin traitant - personne au demeurant la mieux placée pour renseigner le Tribunal - n'a pas pu apporter de réponse satisfaisante sur ce point. L'EMS, également interrogé, n'a pas non plus été en mesure de le faire. Dès lors que le Tribunal fédéral des assurances a estimé qu'il n'était pas suffisant pour admettre la bonne foi de l'assurée de se fier aux déclarations de son fils, force est de constater que la condition de la bonne foi ne peut être considérée comme réalisée. La demande de remise doit donc être rejetée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant,

conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

1. Rejette le recours ;

2. Confirme la décision rendue en date du 13 juin 2001 par l'Office cantonal des personnes âgées ;

3. Dit que la procédure est gratuite ;

4. 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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