

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1590/2013

ATAS/982/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1961, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis mai 2001.
2. Il a déposé le 8 juin 2001 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES, devenu le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES - SPC.
3. Il a été mis au bénéfice de prestations complémentaires fédérales et cantonales, et d'un subside de l'assurance-maladie.

Occupé à la révision périodique du dossier de l'assuré, le SPC lui a demandé le 24 août 2012 de lui transmettre copie de plusieurs documents.

4. Par courrier du 12 septembre 2012, l'assuré a informé le SPC qu'il renonçait au versement des prestations complémentaires.
5. Le SPC en a pris note le 25 septembre 2012 et a interrompu le versement des prestations et du subside d'assurance-maladie dès le 30 septembre 2012.

Il lui a toutefois rappelé le 28 septembre 2012 qu'il restait dans l'attente de documents demandés le 24 août 2012 et lui a imparti pour ce faire un délai au 28 novembre 2012. Son attention a été attirée sur le fait qu'à défaut, la restitution des prestations versées les cinq dernières années écoulées lui serait réclamée.

6. Par courrier du 9 octobre 2012, Me Mauro POGGIA, agissant au nom et pour le compte de l'assuré, a indiqué que celui-ci ne pouvait en aucun cas se passer des prestations complémentaires et que sa renonciation devait être considérée comme nulle et non avenue. Il a précisé que l'assuré était gravement atteint dans sa santé, au point qu'il avait considéré que réunir les documents réclamés par le SPC constituait pour lui une tâche insurmontable.

Me POGGIA a été en mesure de communiquer au SPC ces documents le 5 décembre 2012.

7. Par décision du 12 février 2013, le SPC a rétabli le droit de l'assuré aux prestations complémentaires avec effet au 1^{er} décembre 2012.
8. Le 19 février 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a sollicité le versement des prestations complémentaires pour les mois d'octobre et novembre 2012 également, estimant qu'il ne pouvait être pénalisé du fait qu'il n'avait pas fourni immédiatement les renseignements demandés.

L'assuré a par ailleurs fait parvenir au SPC le formulaire "révision périodique" dûment rempli le 21 mars 2013.

9. Par décision du 16 avril 2013, le SPC a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 19 février 2013 à la décision du 12 février 2013. Il a à cet égard rappelé que les 24 août et 28 septembre 2012, il avait adressé à l'assuré une liste de documents à fournir, afin de procéder à la révision périodique de son dossier, que le 12 septembre 2012, l'assuré avait déclaré qu'il renonçait aux prestations complémentaires, que le 28 septembre 2012, le secteur des révisions du SPC avait dès lors interrompu le versement de ses prestations au 30 septembre 2012 et que ce n'est finalement qu'en date du 5 décembre 2012 que les documents demandés lui étaient parvenus.
10. L'assuré a interjeté recours le 17 mai 2013 contre ladite décision. Il rappelle que s'il n'a pas immédiatement envoyé les documents demandés, c'est en raison de son état de santé psychique. Il explique qu'il a été effrayé par l'ampleur de la tâche consistant à réunir les documents requis par le SPC, raison pour laquelle il a déclaré qu'il renonçait aux prestations complémentaires. Il relève enfin que le SPC ne conteste pas qu'il ait droit à ses prestations en octobre et novembre 2012. Il conclut à ce que son droit aux prestations complémentaires pour ces deux mois soit reconnu.
11. Dans sa réponse du 18 juin 2013, le SPC a conclu au rejet du recours, considérant que rien n'établissait que les problèmes de santé de l'assuré aient été à l'origine de son incapacité à réunir les pièces nécessaires au calcul des prestations, puis de sa renonciation à celles-ci.
12. Dans sa réplique du 26 juin 2013, l'assuré constate que le SPC ne lui a à aucun moment demandé une attestation médicale.
13. Dans sa duplique du 22 juillet 2012, le SPC rappelle que l'assuré, tout comme l'ensemble des bénéficiaires de prestations complémentaires, a la possibilité de se faire aider dans ses démarches administratives par le Centre d'action sociale et de santé de son quartier, et persiste dès lors au maintien de la décision attaquée.
14. Par ordonnance du 16 août 2013, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier AI de l'assuré.

Le dossier AI, ainsi qu'une copie d'une communication de l'OAI adressée le 2 septembre 2013 à l'assuré, selon laquelle son droit à la rente entière était maintenue (degré d'invalidité 100%), lui a été transmis le 28 août 2013. Les indications figurant dans le dossier AI seront reprises en tant que de besoin dans la partie en droit qui suit.

15. Par courrier du 23 septembre 2013, le SPC a indiqué qu'il maintenait les termes de ses écritures précédentes.
16. Les parties ont été informées le 30 septembre 2013 que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. 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^{er} 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.

2. Les dispositions de la LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales, à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1 al. 1 LPC). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (art. 1A let. b LPCC).
3. Déposé dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 9 LPCF, art. 38 al. 4, 56 al. 1 et 61 al. 1 LPGA; art. 43 LPCC).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations complémentaires pour les mois d'octobre et novembre 2012.
5. Le SPC a pris note de ce que l'assuré renonçait à ses prestations et en a interrompu le versement dès le 30 décembre 2012.
6. Aux termes de l'art. 23 LPGA,

"L'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues. La renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir. La renonciation et la révocation font l'objet d'une déclaration écrite.

La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales.

L'assureur confirme par écrit à l'ayant droit la renonciation et la révocation. L'objet, l'étendue et les suites de la renonciation et de la révocation doivent être mentionnés dans la confirmation."

Selon la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de l'art. 23 LPGA, qui traite de la renonciation à des prestations d'assurance sociale (sur cette question, cf. Ghislaine Frésard-Fellay, De la renonciation aux prestations d'assurance sociale, in : REAS 2002 p. 335 ss), l'assuré ne pouvait pas abandonner un droit découlant d'un rapport de droit public mais avait la faculté de s'abstenir d'exercer une prétention (ATFA 1945 p. 131). Cette jurisprudence, valable notamment en matière d'assurance-invalidité (ATF 101 V 265 consid. 2; ATFA 1961 p. 65), exigeait toutefois que l'assuré justifiât d'un intérêt digne de protection (ATF 101 V 265 consid. 2; ATFA 1969 p. 211 et les références; RCC 1971 p. 303). Au surplus, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'une renonciation à des prestations d'assurance n'était admissible qu'exceptionnellement (cf. arrêt H 167/01, publié aux ATF 129 V 1 et confirmé dans un arrêt H 212/03 du 8 octobre 2003).

7. En l'espèce, l'assuré a déclaré renoncer à son droit aux prestations complémentaires, ce qu'il serait en principe possible d'admettre s'il n'y avait pas par ailleurs lieu de constater, au vu du dossier, que la situation financière de l'assuré ne lui permet en réalité pas de se passer de l'aide apportée par les prestations complémentaires. Si l'assuré a déclaré vouloir renoncer à son droit, ce n'est ainsi pas parce qu'il n'avait plus besoin des prestations complémentaires, ou qu'il entendait éluder des dispositions légales, mais bien parce qu'il pensait être ainsi libéré de son obligation de produire les pièces requises par le SPC, estimant que cette tâche était insurmontable pour lui. Une telle renonciation ne devait dans ces conditions, quoi qu'il en soit, pas être prise en considération, puisque nulle, de sorte que le SPC n'était pas en droit de supprimer le versement des prestations au 30 septembre 2012.
8. Aux termes de l'art. 12 al. 1^{er} 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. Cette disposition (qui correspond à l'ancien art. 21 al. 1 de l'Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité [OPC-AVS/AI - RS 831.301] abrogé au 1^{er} janvier 2008) ne déroge pas à la LPGA. Au contraire, elle concrétise en partie l'art. 29 LPGA (Feuille fédérale 1999 IV, p. 4234). Il en découle que les développements consacrés à l'art. 29 LPGA peuvent être repris mutatis mutandis, notamment pour les effets attachés au dépôt de la demande.

Lorsqu'une demande ne remplit pas toutes les exigences d'un point de vue formel, elle produit néanmoins ses effets à la date de sa remise à la poste ou de son dépôt auprès de l'assureur social concerné (KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, n. 19 ad art. 29 LPGA).

Bien que cela ne ressorte pas de prime abord de l'examen de l'art. 29 al. 1^{er} LPGA, cette disposition oblige l'assureur à fixer un délai à l'assuré pour remédier au(x)

vice(s) qu'il a constaté(s). En fixant un tel délai, l'assureur doit rendre attentif l'assuré aux conséquences de son éventuelle passivité (cf. art. 40 al. 2 LPGGA). Le fait pour l'assuré de ne pas remédier au vice(s) constaté(s) dans le délai imparti a généralement pour conséquence que l'assureur n'entre pas en matière sur la demande de l'assuré (KIESER, op. cit., n. 21 ad art. 29 LPGGA).

Lorsque l'assureur fixe un délai pour une action déterminée, il indique en même temps les conséquences liées à un non respect du délai. Une telle éventualité ne saurait entraîner d'autres conséquences que celles mentionnées dans l'avertissement (art. 40 al. 2 LPGGA). Cette dernière disposition ne règle pas les conséquences liées à un retard de l'assuré. Pour les cas les plus importants, tels l'instruction de la demande ou l'obligation de l'assuré de réduire le dommage, la LPGGA s'en charge (cf. art. 43 al. 3 et 21 al. 4 LPGGA). À défaut de disposition réglant spécifiquement les conséquences attachées au retard de l'assuré dans le cadre d'une situation déterminée, l'assureur doit fixer lui-même les conséquences liées à un tel retard en respectant le principe de proportionnalité (KIESER, op. cit., n. 7 ad art. 40 LPGGA).

À teneur de l'art. 43 al. 3 LPGGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à l'obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques en leur impartissant un délai de réflexion convenable (cf. également art. 5B LPCF). L'assuré qui ne collabore pas doit alors supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 183 consid. 3.2; 129 III 181 consid. 2; 125 V 195 consid. 2 et les références).

La violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entraîne les sanctions prévues à l'art. 43 al. 3 LPGGA qu'à la condition d'être inexcusable. Cela implique que le comportement de l'assuré ne soit pas compréhensible. Tel est le cas s'il ne peut se prévaloir d'aucun fait justificatif ou si son comportement est proprement incompréhensible (KIESER, op. cit., n. 51 ad art. 43 al. 3 LPGGA).

Lorsqu'une demande de prestations présente des lacunes ou est affectée de vices de peu d'importance, susceptibles d'être corrigés à court terme et sans incidence sur la bonne marche de la procédure, une décision de non-entrée en matière apparaît comme une mesure excessive. L'activité administrative étant soumise au principe de l'interdiction du formalisme excessif, il suffit de retourner la demande à l'assuré afin de lui permettre de la compléter ou de corriger les vices qui l'affectent. "À cette occasion, les droits de l'assuré ne devront subir aucun préjudice: la date de dépôt à retenir est la date du premier dépôt. Même s'il est imparfait". (Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse, Fribourg 1999, p. 101).

Si l'assuré fait valoir son droit par une demande écrite ne répondant pas aux exigences formelles exposées ci-dessus, l'organe PC doit lui envoyer une formule

adéquate en l'invitant à la remplir. La date de réception de la première pièce est alors déterminante quant aux effets juridiques du dépôt de la demande, pour autant que la formule officielle de demande ainsi que les informations et autres documents utiles soient déposés dans les trois mois qui suivent.

Si le délai susindiqué n'est pas respecté, la PC n'est versée qu'à partir du mois au cours duquel l'organe PC est en possession des documents utiles (v. no 2121.02). L'organe PC doit rendre l'assuré attentif au fait que faute de production des informations utiles dans le délai indiqué, un versement rétroactif de la PC à compter du mois de l'annonce ne peut pas entrer en ligne de compte (art. 43 al. 3 LPGA) (DPC n° 1110.02 et 1110.03).

9. Au niveau cantonal, selon l'art. 10 al. 1 à 3 LPCC, les prestations sont allouées sur demande écrite de l'intéressé ou de son représentant légal (al. 1). Cette demande doit être remise au SPC (al. 2). Toutes pièces utiles concernant l'état civil, le domicile, la résidence, les enfants à charge, les ressources et la fortune de l'intéressé doivent être fournies (al. 3).

Selon 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).

Selon l'art. 9 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 ; J 7 15.01), la demande déposée au titre de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 14 octobre 1965, tient lieu de demande pour les prestations complémentaires cantonales (al. 1). Lorsque la remise de la formule officielle a été précédée d'une demande écrite, c'est la date de cette dernière qui est déterminante, pour autant que la formule officielle soit déposée dans les 3 mois qui suivent (al. 4).

Selon l'art. 11 RPCC, le SPC peut rejeter la demande lorsque les renseignements exigés par les dispositions légales et réglementaires ne sont pas fournis.

10. En l'espèce, le SPC a adressé un rappel à l'assuré le 28 septembre 2012, étant resté dans l'attente de la production des documents déjà réclamés le 24 août 2012. Il a alors attiré son attention sur le fait que s'il n'obtempérait pas d'ici au 28 novembre 2012, la restitution des prestations complémentaires versées sur cinq ans lui serait réclamée.

Le SPC a rétabli le droit de l'assuré aux prestations complémentaires dès le 1^{er} décembre 2012, soit le premier jour du mois au cours duquel il a reçu les documents dont il avait requis la production.

Il est vrai que le SPC n'a reçu les documents réclamés que le 5 décembre 2012, alors qu'il avait dûment averti l'assuré des conséquences qu'il encourrait s'il ne collaborait pas d'ici au 28 novembre 2012. Il y a toutefois lieu de rappeler que la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entraîne les sanctions prévues à l'art. 43 al. 3 LPGA qu'à la condition d'être inexcusable. Tel est le cas s'il ne peut se prévaloir d'aucun fait justificatif ou si son comportement est proprement incompréhensible (KIESER, op. cit., n. 51 ad art. 43 al. 3 LPGA). Or, il ressort du dossier AI dont l'apport a été demandé par la Cour de céans que l'assuré souffre de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) gravissimes pour lesquels il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, que les manifestations du TOC ont tendance à s'aggraver d'année en année, et que le pronostic est très mauvais (rapport du Docteur L. _____ du 28 juin 2013). Le patient vit reclus dans son appartement, coupé de tout contact social (rapport du Dr L. _____ du 14 avril 2010). Plusieurs courriers lui ont été adressés par l'OAI dans le cadre de procédures de révisions, le priant de donner des renseignements sur son état de santé et son revenu. En vain.

Il ne saurait dès lors être question, au vu de ce qui précède, de reprocher à l'assuré de n'avoir été ni en mesure de réunir les documents demandés, ni d'en confier la tâche à une personne de confiance.

Aussi le recours doit-il être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que l'assuré a droit aux prestations complémentaires pour les mois d'octobre et novembre 2012 également.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Dit que l'assuré a droit aux prestations complémentaires pour les mois d'octobre et novembre 2012 également.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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