

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2140/2011

ATAS/1247/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

G _____, représenté par sa mère, Mme G _____, à Meyrin recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route intimé
de Chêne 54, 1208 Genève

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

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1993, accomplissant un apprentissage, reçoit une rente d'orphelin, son père étant décédé le 6 septembre 2004. Il a été mis au bénéfice de prestations complémentaires versées par le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après le SPC).
2. Le 10 janvier 2011, le SPC a informé le Service de l'assurance-maladie (ci-après SAM) que le droit au subside de l'intéressé était échu dès le 31 août 2009 et lui a demandé de lui indiquer le montant des subsides qui avaient été réglés par le SAM du 1^{er} septembre au 31 décembre 2009, durant l'année 2010 et en janvier 2011. Celui-ci a rapporté les montants respectifs suivants : 336 fr. 80, 1'188 fr. et 99 fr.
3. Par décisions du 13 janvier 2011, le SPC, constatant que l'intéressé ne pouvait plus prétendre ni aux prestations complémentaires, ni au subside d'assurance-maladie, ses revenus étant supérieurs à ses dépenses, lui a réclamé, au nom et pour le compte du SAM, le remboursement de la somme de 1'623 fr. 80, représentant les subsides d'assurance-maladie versés à tort.
4. L'intéressé, représenté par sa mère, Madame G_____, a formé opposition le 25 janvier 2011. Il conteste notamment que soient pris en considération dans le calcul de ses prestations complémentaires, les montants relatifs à sa rente d'orphelin et aux allocations familiales.
5. Par décision du 28 juin 2011, le SPC a rejeté l'opposition. Il a confirmé que la rente d'orphelin, ainsi que les allocations familiales devaient bel et bien être pris en compte sous la rubrique des revenus déterminants. Le SPC a également expliqué qu'il fallait ajouter à ces deux montants, la part théorique d'entretien de la mère envers son fils, s'élevant pour l'année 2011 à 11'366 fr. 20 (soit 22'732 fr. 40 pour les deux enfants).

Le SPC a par ailleurs ajouté que l'examen de la demande de remise que l'intéressé a implicitement déposée sera examinée et une décision rendue dès l'entrée en force de la décision de restitution.
6. Madame G_____, au nom et pour le compte de son fils, a interjeté recours le 4 juillet 2011 contre ladite décision. Elle avoue ne pas comprendre les calculs opérés par le SPC, et s'étonne que celui-ci puisse lui réclamer le remboursement de la somme de 1'623 fr. 80, alors qu'elle est seule avec deux enfants à charge.
7. Dans sa réponse du 26 juillet 2011, le SPC a conclu au rejet du recours.
8. Par courrier du 5 août 2011 adressé directement au SPC, la mère de l'intéressé a persisté dans son opposition, considérant qu'"il est aberrant de maintenir des

montants calculés tels que les vôtres, sans aucune réponse valable à ce jour, et avec une réclamation pour 2011 que vous n'avez jamais déduite".

Le même jour, elle a expliqué à la Cour de céans qu'elle avait expressément demandé au SPC un rendez-vous, afin de discuter de la décision et de comprendre comment leurs calculs avaient été établis. Elle relève ainsi qu' "ils vous ont envoyé mon dossier, mais sans me fournir une date suite à ma demande, alors que je ne demande que de comprendre et d'en discuter".

9. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 23 août 2011.

A cette occasion, la mère de l'intéressé a persisté dans son refus de payer le montant de 1'623 fr. 80, précisant que "je ne le comprends pas. Par exemple, selon le SPC, j'aurais reçu 99 fr. à titre de subside d'assurance-maladie en janvier 2011, ce qui n'est pas le cas". Elle a toutefois admis que "le reste correspond".

10. Par courrier du 24 août 2011, la Cour de céans a demandé au SAM de vérifier s'il avait ou non versé le subside de 99 fr. pour janvier 2011.

11. Le 6 septembre 2011, ce Service a indiqué qu'il avait informé l'assureur-maladie de l'enfant le 15 août 2011 du fait que celui-ci bénéficiait d'un subside dit 100% pour le mois de janvier 2011. Il a toutefois précisé, qu'après examen du dossier, il avait constaté que l'intéressé avait en réalité droit à un subside partiel du groupe "E" pour le mois de janvier 2011.

12. Invitée à se déterminer, la mère de l'intéressé a déclaré que

"vous devez savoir que le montant réclamé est bien incorrect, étant donné que ceux-ci ont donné l'ordre d'un subside pour le mois de septembre 2011, afin d'être juste dans leur montant. Ceci dit, j'ai payé pour le mois de septembre le montant de 133 fr. d'assurance pour *mon fils*, et non 35 fr. comme reçu".

13. Le 26 septembre 2011, la mère de l'intéressé a rappelé qu'elle avait informé le SAM le 5 août 2011 que son fils ne bénéficiait plus de subside depuis janvier 2011, au vu de la décision du SPC. Elle ne comprend dès lors pas pour quelle raison elle reçoit du SAM le 15 septembre 2011 une attestation de subside à 100% valable dès le 1^{er} janvier 2011, selon laquelle son fils a "droit à un subside égal au montant correspondant à la prime d'assurance obligatoire des soins 2011 de votre enfant", soit 105 fr. La mère de l'intéressé s'interroge et se demande "qui est honnête dans cette affaire".

14. A nouveau interrogé par la Cour de céans, le SPC a précisé, le 5 octobre 2011, que la demande de remboursement se composait de trois montants, à savoir : 336 fr. 80 pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2009, 1'188 fr. pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010 et 99 fr. pour le mois de janvier 2011. Il a relevé

que le 6 septembre 2011, le SAM avait indiqué que l'intéressé avait droit à un subside partiel du groupe "E" pour le mois de janvier 2011, sans toutefois préciser à quel montant ce subside s'élevait.

15. Le 20 octobre 2011, le SAM a confirmé que le montant du subside pour janvier 2011, qu'il avait indiqué au SPC, était de 105 fr., partant de l'idée que l'intéressé pouvait prétendre à un subside de 100%. Or, tel n'était pas le cas puisque celui-ci n'était plus bénéficiaire des prestations complémentaires. Seul un subside partiel pouvait lui être accordé. Ainsi seule la différence entre le montant de 105 fr. et le montant du subside du groupe "E" était due, soit 5 fr.
16. Ce courrier a été transmis à la mère de l'intéressé. Celle-ci ne s'est pas manifesté dans le délai à elle imparti.

Le 8 décembre 2011, le SAM a, sur demande de la Cour de céans, ajouté quelques précisions à son courrier du 20 décembre 2011. Ces précisions ont également été transmises à la mère de l'intéressé.

17. Sur ce, la cause a été 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. 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 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 légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le montant de 1'623 fr. 80 dont le remboursement est demandé par le SPC, et plus particulièrement sur le montant du subside versé par le SAM à la caisse-maladie de l'intéressé pour le mois de janvier 2011.
4. Aux termes de l'art. 11 al. 1 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006 (loi sur les prestations complémentaires, LPC ; RS 831.30),

" Les revenus déterminants comprennent :

- a. deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement 1000 francs pour les personnes seules et 1500 francs 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; pour les personnes invalides ayant droit à une indemnité journalière de l'AI, le revenu de l'activité lucrative est intégralement pris en compte;
- b. le produit de la fortune mobilière et immobilière;
- c. un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples et 15 000 francs pour les orphelins et les enfants donnant droit à des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI; si le bénéficiaire de prestations complémentaires ou une autre personne comprise dans le calcul de ces prestations est propriétaire d'un immeuble qui sert d'habitation à l'une de ces personnes au moins, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 112 500 francs entre en considération au titre de la fortune;
- d. les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI;
- e. les prestations touchées en vertu d'un contrat d'entretien viager ou de toute autre convention analogue;
- f. les allocations familiales;
- g. les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi;
- h. les pensions alimentaires prévues par le droit de la famille."

Enfin, l'art. 4 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) prévoit que la prestation complémentaire annuelle destinée à des personnes au bénéfice d'une rente de survivant est calculée globalement si elles font ménage commun, et individuellement si elles ne font pas ménage commun. Lors d'un calcul propre aux orphelins, il est tenu compte en sus d'éventuelles prestations d'entretien accordées par le beau-père ou la belle-mère, du revenu du père ou de la mère, dans la mesure où il dépasse le montant nécessaire à leur entretien et à celui des autres membres de la famille qui sont à leur charge.

5. Il n'est plus contesté que l'intéressé ne peut prétendre à des prestations complémentaires depuis le 1^{er} septembre 2009, ses revenus, comprenant notamment la rente d'orphelin (art. 11 al. 1 let. d LPC), les allocations familiales (art. 11 al. 1 let. f LPC) et la part théorique d'entretien de sa mère (art. 4 al. 2 OPC), dépassant ses dépenses.

Seule reste litigieuse la question du montant du subside versé pour le mois de janvier 2011. Le SPC a retenu un montant de 99 fr. La mère de l'intéressé ne comprend pas ce montant.

-
6. Conformément aux art. 65 et ss LAMal, l'Etat de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie. Les subsides sont ainsi prévus pour les assurés de condition économique modeste et pour les assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS / AI accordées par le SPC. Selon l'art. 22 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS J 3 05), le montant des subsides ne peut être supérieur à la prime de l'assurance obligatoire des soins. Les bénéficiaires des prestations du SPC ont droit à un subside égal au montant de leurs primes d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur.

Aux termes de l'art. 11 al. 2 du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 15 décembre 1997 (RaLAMal ; RS J 3 05.01),

"pour la réduction des primes de chaque enfant mineur à charge, le montant des subsides est le suivant :

- Groupes A, B, C ou D1 : 100 F par
il couvre le montant de la prime mensuelle, mais s'élève au maximum à : mois

- Groupe D2 : 75 F par mois

- Groupe D3 : 50 F par
il est égal à la moitié de la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur, arrondie au franc supérieur, mais s'élève au minimum à : mois"

Depuis 1999, les subsides sont versés directement aux assureurs par le SAM, conformément à l'art. 29 al. 1 LaLAMal, le SPC devant établir annuellement, sur support informatique, à l'attention du SAM et des assureurs, les listes de personnes ayant droit aux subsides (art. 23A LaLAMal).

7. Le SAM a indiqué avoir versé la somme de 99 fr. à la caisse-maladie pour le mois de janvier 2011. Or, ce montant correspond à la prime mensuelle 2010, raison pour laquelle le SAM a confirmé à la Cour de céans le 20 octobre 2011 qu'en réalité le montant du subside pour janvier 2011 était de 105 fr., soit le montant correspondant à la prime moyenne cantonale 2011. Toutefois, ce montant n'est applicable qu'aux assurés bénéficiaires des prestations complémentaires (art. 23 A al. 2 LaLAMal). L'intéressé n'ayant plus droit à ces prestations depuis septembre 2009, seul un subside partiel, représentant la prime effective de l'assurance-maladie, mais au maximum à 100 fr., pouvait lui être accordé, étant précisé que la dénomination «groupe E», est une dénomination interne au SAM signifiant «groupe enfants». Il en résulte que le montant finalement dû par l'intéressé à sa caisse-maladie pour la prime du mois de janvier 2011 s'élève à 5 fr., soit 105 fr. moins 100 fr.

Aussi le recours doit-il être rejeté, étant précisé que le montant à restituer devrait être de 100 fr. en lieu et place des 99 fr. retenus par le SPC. La Cour de céans ne prononcera cependant pas de reformatio in pejus, vu l'extrême modicité du montant en cause.

8. Considérant que le recours contenait une demande implicite de remise de l'obligation de rembourser la somme de 1'623 fr. 80, le SPC a d'ores et déjà annoncé qu'il rendrait le cas échéant une décision à cet égard dès l'entrée en force du présent jugement. La Cour de céans en prend acte.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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 (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