



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2941/2019

ATAS/779/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 septembre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Roland BURKHARD

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route  
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Le 26 novembre 2004, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1962, marié et père de deux enfants, B\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1985, et C\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2003, a déposé auprès du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé) une demande de prestations complémentaires à la rente d'invalidité qui lui a été octroyée avec effet au 1<sup>er</sup> février 2002.
2. Par décision du 11 mars 2005, le SPC a mis l'assuré au bénéfice de prestations cantonales rétroactivement au 1<sup>er</sup> février 2002.
3. Les prestations reconnues à l'assuré ont régulièrement été mises à jour, étant précisé que des prestations complémentaires fédérales lui ont également été octroyées certaines années.
4. Le 12 février 2018, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a informé le SPC qu'une rente d'invalidité allait être versée à l'épouse de l'assuré, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> novembre 2007, pour un montant total de CHF 94'964.-, et lui a adressé un formulaire de demande de compensation, à compléter.
5. Suite à ce courrier, le SPC a repris ses plans de calcul et a établi, le 27 février 2018, trois décisions de restitution portant sur un montant total de CHF 80'014.60 perçu à tort entre le 1<sup>er</sup> novembre 2007 et le 28 février 2018, soit :
  - CHF 9'710.- de prestations complémentaires ;
  - CHF 57'894.- de subsides de l'assurance-maladie ;
  - CHF 12'410.60 de frais médicaux.Ces décisions ont été notifiées à l'assuré le 7 mars 2018.
6. Par ailleurs, par courrier du 28 février 2018, le SPC a demandé à l'OAI la compensation avec le versement rétroactif de la rente d'invalidité susmentionnée pour le montant de CHF 80'014.60 précité.
7. Par décision du 8 mars 2018, l'OAI a mis l'épouse de l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Selon la décision y relative, le montant total dû, avec intérêts moratoires, était de CHF 91'515.-. Après déduction des prestations déjà perçues (CHF 826.-) et du montant versé au SPC (CHF 71'272.60), le solde s'élevait à CHF 19'416.40.
8. Le même jour, l'OAI a adapté le montant de la rente d'invalidité versée à l'assuré avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2007 également. Selon la décision y relative, le montant encore dû était de CHF 8'812.-, dont CHF 8'742.- devaient être versés au SPC.
9. Le 28 mars 2018, sous la plume de son conseil, l'assuré a fait opposition aux décisions précitées, concluant à leur annulation et à la compensation du montant de CHF 80'014.60 avec le versement rétroactif de l'assurance-invalidité, le solde de CHF 20'745.40 (sic !) dû par l'OAI devant être laissé à sa libre disposition. Par

ailleurs, il ne comprenait pas pour quels motifs son fils devait désormais être exclu du calcul des prestations complémentaires.

10. Le 14 juin 2019, le SPC a rejeté l'opposition précitée, relevant notamment que la dette de l'assuré, de CHF 80'014.60, avait été éteinte par compensation le 12 mars 2018. Le solde des arriérés de rentes de l'épouse de l'assuré avait été inclus, à titre de fortune, dans le calcul des prestations complémentaires dues dès le 1<sup>er</sup> mars 2018. En tout état, étant inférieur à CHF 60'000.-, le montant pris en considération n'avait aucune influence sur le calcul des prestations complémentaires. Par ailleurs, dans la mesure où les ressources du fils de l'assuré permettaient de couvrir ses dépenses, il avait été exclu du calcul des prestations complémentaires tant fédérales que cantonales.
11. Le 16 août 2019, l'assuré, toujours sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée et a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 14 juin 2019 et à la constatation qu'aucune somme n'était due. Invoquant la bonne foi ainsi que l'interdiction de l'arbitraire, il a estimé ne pas être en mesure de rembourser le montant de CHF 80'014.60.
12. Le SPC a répondu, par courrier du 10 septembre 2019, et a conclu au rejet du recours, le recourant n'invoquant aucun argument susceptible de conduire à une appréciation différente du cas.
13. Sur quoi, 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - 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<sup>er</sup> janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Dans la mesure où le recourant invoque sa bonne foi, ce qui pourrait s'apparenter à une demande de remise de son obligation de restituer, il y a lieu de déterminer, dans un premier temps, l'objet du litige.

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 1.1). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b).

b/aa. Selon l'art. 25 al. 1 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.

L'art. 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) précise que la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile (al. 1). Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (al. 2). Les autorités auxquelles les prestations ont été versées en vertu de l'art. 20 LPGA ou des dispositions des lois spéciales ne peuvent invoquer le fait qu'elles seraient mises dans une situation difficile (al. 3). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (al. 4). La remise fait l'objet d'une décision (al. 5).

b/bb. À teneur de l'art. 24 LPCC, 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 règlement fixe la procédure de la demande de remise ainsi que les conditions de la situation difficile (al. 2).

L'art. 15 du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 juin 1999 (RPCC-AVS/AI - J 4 25.03), la restitution entière ou partielle des prestations

allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile (al. 1). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces utiles et déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision en restitution (al. 2).

b/cc. Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire : s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de 30 jours; en revanche, s'il admet avoir perçu indûment des prestations, mais qu'il invoque sa bonne foi et des difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas de remboursement, il doit présenter une demande de remise. Dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (cf. art. 4 al. 2 OPGA ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_589/2016 du 26 avril 2017 consid. 3.1; 8C\_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 2.2 et 8C\_602/2007 du 13 décembre 2007 consid. 3). Intrinsèquement, une remise de l'obligation de restituer n'a de sens que pour la personne tenue à restitution (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_211/2009 du 26 février 2010 consid. 3.1).

c. En l'espèce, les décisions du 27 février 2018 comprennent des nouveaux calculs pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 28 février 2018 et déterminent le droit du recourant dès le 1<sup>er</sup> mars 2018. Quant à la demande de restitution, elle porte sur la restitution des prestations versées à tort entre le 1<sup>er</sup> novembre 2007 et le 28 février 2018. Vu le recours pendant devant la chambre de céans, cette décision n'est pas entrée en force. Ainsi, tant que le principe de la restitution n'est pas établi définitivement, aucune autorité ni juridiction ne peut se prononcer sur la question de la remise.

Vu les conclusions du recourant en libération de toute dette et compte tenu de la maxime inquisitoire et de l'application du droit d'office, la chambre de céans examinera tout de même le bien-fondé des décisions de restitution querellées.

5. a/aa. Au niveau fédéral, l'art. 25 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a OPGA, prévoit que les prestations complémentaires fédérales indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers.

Les créances en restitution peuvent le cas échéant être payées par compensation sous réserve de la garantie du minimum vital (Sylvie PÉTREMAND, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurance sociales, 2018, n. 46 ad art. 25 LPGA).

a/bb. Au niveau cantonal, l'art. 24 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPCC prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées.

L'art. 14 RPCC-AVS/AI précise que le SPC doit demander la restitution des prestations indûment touchées au bénéficiaire, à ses héritiers ou aux autres personnes mentionnées à l'art. 2 OPGA appliqué par analogie (al. 1). Il fixe l'étendue de l'obligation de restituer par décision (al. 2).

a/cc. Conformément à l'art. 33 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA (al.1). Lorsque les subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire de prestations du SPC, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie (al. 2).

b/aa. En vertu de l'art. 25 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an 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.

Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 133 V 579 consid. 4; ATF 128 V 10 consid. 1).

En règle générale, le délai absolu de cinq ans doit être calculé à partir du moment où la prestation a été effectivement fournie. En d'autres termes, cela signifie que si l'assureur rend une décision de restitution dans le délai relatif d'un an, il peut réclamer le remboursement des prestations versées au cours des cinq dernières années, le remboursement des prestations ayant été versées plus de cinq ans auparavant étant périmé (arrêt du Tribunal fédéral U 33/05 du 20 novembre 2006 consid. 2.3.2).

b/bb. Il arrive que le caractère indu des prestations sujettes à remboursement n'apparaisse qu'après coup, lorsque le paiement de prestations arriérées par une assurance sociale justifie la restitution de prestations d'une autre assurance en application des règles légales de coordination (PÉTREMAND, op cit., n. 97 ad art. 25 LPGA). Dans le cadre de l'assurance-chômage, le Tribunal fédéral a relevé à propos de l'ancien art. 95 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (LACI – RS 837.0) que si le législateur avait voulu instaurer un délai de péremption absolue de cinq ans, pour mettre - passé ce délai - un point final à un rapport d'obligation entre l'assurance et le débiteur, il n'avait assurément pas voulu que ce délai commençât à courir à partir d'un quelconque versement de prestations, mais seulement dès l'instant où l'on était en présence d'un paiement opéré à tort et où les conditions d'une restitution étaient susceptibles d'être remplies. Le point de départ du délai de péremption était ainsi subordonné à la naissance d'une obligation de restituer l'indu. La Haute Cour en a déduit que, lorsque la restitution d'indemnités de chômage était justifiée par l'allocation avec effet rétroactif d'une rente de l'assurance-invalidité, le délai de cinq ans ne pouvait commencer à courir qu'à partir du moment où il apparaissait que ces indemnités étaient indues et donc sujettes à restitution, c'est-à-dire au moment de l'entrée en force de la décision de rente (ATF 127 V 484 consid. 3b/dd ; cf. PÉTREMAND, op cit., n. 97 ad art. 25 LPGA).

---

b/cc. Dans un arrêt ultérieur relatif à une compensation interne à l'AI – le litige portait sur le point de savoir si l'office AI concerné était en droit de compenser sa créance en restitution à l'encontre du conjoint (qui avait bénéficié des prestations de l'assurance-invalidité) par des arrérages de rentes accordés ultérieurement à l'épouse –, le Tribunal fédéral, se référant à l'ATF 127 V 484, a considéré que, tant que l'assurance-invalidité n'avait pas rendu sa décision de rente, la caisse ne disposait d'aucun titre juridique pour fonder une décision en restitution. Les délais de péremption d'une année et de cinq ans ne commençaient ainsi à courir qu'au moment où la décision de rente de l'assurance-invalidité entrait en force (ATF 130 V 505 consid. 3).

c. En ce qui concerne la compensation, c'est le lieu de préciser que la décision de l'assurance-invalidité - ou de la caisse de compensation - sur le paiement direct à une assurance ne concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne le bien-fondé et le montant de la créance en restitution (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_287/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.2 et les références). Les objections contre le montant de la créance invoquée en compensation doivent être dirigées directement contre l'organisme qui a fait valoir la compensation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_225/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.3.1). Dans ce contexte, la jurisprudence a notamment admis que des prestations complémentaires indûment versées à un bénéficiaire pouvaient être compensées avec des rentes allouées rétroactivement à son conjoint (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 728/01 du 9 mai 2003 consid. 6.2.2).

6. En l'espèce, la décision allouant, de manière définitive, une rente d'invalidité à l'épouse du recourant a été rendue le 8 mars 2018. Elle est donc entrée en force 30 jours après, faute de recours auprès de la chambre de céans.

Conformément à l'ATF 127 V 484, ce n'est qu'à la suite de l'entrée en force de l'arrêt précité reconnaissant un taux d'invalidité donnant droit à une rente et portant effet rétroactif que l'intimé a pu mettre à jour le dossier du recourant. Tant que cet arrêt n'était pas entré en force, l'intimé ne disposait pas d'un titre juridique pour exiger la restitution des prestations allouées, qui se sont avérées indues. Le point de départ des délais d'un et de cinq ans correspond par conséquent à l'entrée en force de la décision du 8 mars 2018 soit à l'échéance du délai de recours de trente jours suivant sa notification.

Ainsi, le droit de l'intimé de demander par compensation, la restitution des prestations complémentaires versées à tort dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007, n'était pas éteint le 27 février 2018 (cf. dans le même sens : ATF 127 V 484, arrêt du Tribunal fédéral K 71/06 du 3 octobre 2007 et ATAS/1494/2018 du 9 juillet 2019).

7. Reste à vérifier le montant réclamé à titre de prestations versées à tort entre le 7 mars 2013 et le 7 mars 2018.

a. Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui perçoivent une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité, conformément à l'art. 4 al. 1 let. c LPC.

Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). L'art. 9 al. 1 LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants.

Pour les personnes vivant à domicile, les dépenses reconnues comprennent, conformément à l'art. 10 al. 1 LPC, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux, soit par année pour les couples, entre CHF 24'180.- et CHF 27'210.- en 2007, CHF 27'210 en 2008, CHF 28'080.- en 2009 et 2010, CHF 28'575.- en 2011 et 2012, CHF 28'815 en 2013 et 2014, et CHF 28'935 entre 2015 et 2018 (let. a ch. 2) et pour les deux premiers enfants entre CHF 8'680.- et CHF 9'480.- en 2007, CHF 9'480.- en 2008, CHF 9'780.- en 2009 et 2010, CHF 9'945.- en 2011 et 2012, CHF 10'035.- en 2013 et 2014, et CHF 10'080.- entre 2015 et 2018, le loyer d'un appartement et les frais accessoires, pour un montant maximum de CHF 15'000.- pour les couples (let. b ch. 2) ; le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire de soins, correspondant à la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins, constitue également une dépense reconnue (art. 10 al. 3 let. d).

Selon l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent, quant à eux, notamment le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b) ; un quinzième de la fortune nette, dans la mesure où elle dépasse CHF 60'000.- pour les couples (let. c) et les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d).

b. Ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes qui remplissent les conditions de l'art. 2 LPCC et dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC).

Le montant de la prestation complémentaire correspond à la différence entre les dépenses reconnues et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC).

Aux termes de l'art. 5 al. 1 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant certaines adaptations, notamment : les prestations complémentaires fédérales sont ajoutées au revenu déterminant (let. a) et en dérogation à l'article 11, alinéa 1, lettre c, de la loi fédérale, la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est d'un huitième, respectivement d'un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, et ce après déduction des franchises prévues par cette disposition (let. c).

---

Sur le plan cantonal, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux, pour les couples dont les deux époux sont invalides à 70% au moins s'élève, par année, à CHF 42'235.- en 2007 et 2008, CHF 43'586.- en 2009 et 2010, CHF 44'349.- en 2011 et 2012, CHF 44'721.- en 2013 et 2014, et CHF 44'907.- entre 2015 et 2018. Pour les deux premiers enfants à charge, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux s'élève, par année, à CHF 12'067.- en 2007 et 2008, CHF 12'453.- en 2009 et 2010, CHF 12'671.- en 2011 et 2012, CHF 12'778.- en 2013 et 2014, et CHF 12'831.- entre 2015 et 2018.

8. En vertu de l'art. 9 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 (al. 2). Il n'est toutefois pas tenu compte, dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle, des enfants dont les revenus déterminants dépassent les dépenses reconnues (al. 4). Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur l'addition des dépenses reconnues et des revenus déterminants de membres d'une même famille ; il peut prévoir des exceptions, notamment pour ceux des enfants qui donnent droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (al. 5 let. a).

Le Conseil fédéral a fait usage de la délégation de compétence précitée en édictant l'art. 7 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301), qui dispose notamment que la prestation complémentaire annuelle pour enfants donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS, ou de l'AI, est calculée comme suit : si les enfants vivent avec les parents, un calcul global de la prestation complémentaire est opéré (let. a). Aux termes de l'art. 8 al. 2 OPC-AVS/AI, conformément à l'art. 9 al. 4 LPC, il n'est pas tenu compte, dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle, des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI, et dont les revenus déterminants atteignent ou dépassent les dépenses reconnues. Pour déterminer de quels enfants il ne faut pas tenir compte, on comparera les revenus déterminants et les dépenses reconnues des enfants susceptibles d'être éliminés du calcul (al. 2).

Concrètement, pour déterminer de quels enfants il ne faut pas tenir compte, il convient de procéder à des calculs comparatifs – une fois avec et une fois sans l'enfant en question. Si du calcul global (avec l'enfant), il résulte une prestation complémentaire annuelle d'un montant supérieur à celui déterminé sans tenir compte de cet enfant, ce dernier restera englobé dans le calcul. Dans le cas contraire, il sera exclu du calcul (Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) publiées par l'OFAS (ci-après: DPC) n° 3124.02 ; voir également Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] XIV, 2016, n° 50 p. 1744 et Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n° 51 ad Art. 9).

Dans les calculs comparatifs, l'intégralité des dépenses et des revenus de l'enfant doit être exclue ou incluse du calcul des prestations complémentaires - y compris la part du loyer conformément à l'art. 16c OPC-AVS/AI (ATF 130 V 263 consid. 5.2).

Lors du calcul comparatif « sans enfant », seuls le loyer et les charges, après exclusion de la part relative à l'enfant, doivent être pris en considération (Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, *op. cit.*, n° 70 p. 1759).

9. S'agissant des dépenses, il y a encore lieu de préciser ce qui suit.

a. Aux termes de l'art. 16c OPC-AVS/AI, lorsque des appartements ou des maisons familiales sont aussi occupés par des personnes non comprises dans le calcul des prestations complémentaires, le loyer doit être réparti entre toutes les personnes. Les parts de loyer des personnes non comprises dans le calcul des prestations complémentaires ne sont pas prises en compte lors du calcul de la prestation annuelle (al. 1). En principe, le montant du loyer est réparti à parts égales entre toutes les personnes (al. 2).

Selon la jurisprudence, le critère est de savoir s'il y a logement commun, indépendamment du fait s'il y a bail commun ou si l'un des occupants paie seul le loyer (ATF 127 V 17 consid. 6b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P.53/01 du 13 mars 2002, consid. 3a/aa). Aussi, lorsque plusieurs personnes occupent le même foyer ou font ménage commun, il y a lieu à partage à parts égales du loyer qui est pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P.66/04 du 16 août 2005, consid. 2). Toutefois, l'art. 16c OPC ne prévoit la répartition du loyer que si les personnes faisant ménage commun ne sont pas comprises dans le calcul des prestations complémentaires.

b/aa. À teneur de l'art. 10 al. 3 let. d LPC la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie pour le canton en question doit être prise en considération à titre de dépense.

Selon la doctrine, la part des prestations complémentaires qui couvre cette dépense ne peut être qualifiée de prestation complémentaire ordinaire dès lors qu'elle correspond, en réalité, à une réduction de primes individuelle. Cette qualité ressort également de l'art. 26 OPC-AVS/AI qui précise que les bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit, ainsi que de l'art. 54a al. 1 OPC-AVS/AI (CARIGIET / KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2009, p. 88 ; Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, *op. cit.*, n° 108, pp. 1789ss).

Dans un tel cas, la coordination voudrait que le SPC ne verse pas de prestation complémentaire mais uniquement une réduction de prime ou, en d'autres termes, un subside. Cette manière de procéder a été confirmée par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt non publié du 29 octobre 2001, dans lequel il a jugé que dans la mesure où le recourant ne devait pas s'acquitter personnellement de ses

cotisations à l'assurance-maladie, dès lors qu'il bénéficiait de subsides mensuels versés directement à son assureur pour être intégralement déduit de ses primes, il ne saurait revendiquer le paiement, en sa faveur, d'une somme équivalente à ses cotisations, par le biais des prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié P 22/01 du 29 octobre 2001, consid. 2).

b/bb. À Genève, en pratique, la dépense relative aux primes d'assurance-maladie est prise en charge par le service de l'assurance-maladie (SAM), sous la forme d'un subside pour le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Ce système reste conforme à l'art. 10 al. 3 let. d LPC (voir ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 notamment).

Jusqu'au 30 juin 2015, l'art. 22 al. 6 LaLAMal prévoyait ainsi que les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, cette même disposition prévoit que les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur. Les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources.

Concrètement, à Genève, le SPC procède au calcul des dépenses du bénéficiaire sans prendre en considération les primes d'assurance-maladie, puis il admet le droit au subside en fonction du montant de l'excédent de ressources, afin que le SAM dispose de la possibilité de payer directement la somme due à l'assurance (ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012, consid. 9a). Selon cette pratique, les assurés ont droit à la couverture de leur prime d'assurance-maladie, à concurrence du maximum de la prime moyenne si, malgré l'absence du droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie, dès lors que cette prime n'est pas prise en compte au titre de dépenses par l'intimé (ATAS/262/2011 du 17 mars 2011 consid. 5f). Ils ont également droit au remboursement des frais de maladie.

b/cc. Comme l'a déjà relevé la chambre de céans (voir ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012, consid. 9a), cette manière de procéder est contestable, dans la mesure où les dispositions légales applicables prévoient expressément la prise en considération, à titre de dépenses, de la prime d'assurance-maladie moyenne payée dans le canton en question.

Le calcul du droit aux prestations devrait, en réalité, être effectué en deux étapes :

- 
- en premier lieu, l'intimé devrait déterminer le droit aux prestations complémentaires du requérant en prenant en considération la prime annuelle moyenne du canton en question ;
  - si, en raison de la prise en considération desdites primes, le requérant a droit à des prestations complémentaires, le montant des prestations précitées relatif aux primes constitue en réalité une réduction de primes individuelle, qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires.

Dans la mesure où le bénéficiaire de prestations complémentaires peut également prétendre à la prise en charge des frais de maladie et d'invalidité, la décision de l'intimé devrait expressément reconnaître le droit aux prestations du requérant mais indiquer que celles-ci lui seront versées, à tout le moins partiellement, sous forme d'un subside total directement payé à l'assureur-maladie (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 7).

10. S'agissant des ressources, il y a lieu de préciser ce qui suit en cas de versement de rentes arriérées. Le montant afférent à l'année civile pour laquelle la rente est payée doit être pris en compte comme revenu dans l'année où intervient le paiement de l'arriéré. La somme des rentes se rapportant à une période antérieure – pour laquelle aucune prestation complémentaire n'a été fixée – doit, le cas échéant, être prise en compte comme fortune après déduction des dettes éventuelles que l'assuré aurait contractées pour subvenir à son entretien et à celui de sa famille (ch. 3451.03 DPC, voir également Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER *op. cit.*, n° 189 pp. 1872 à 1874 et Michel VALTERIO, *op. cit.*, n° 72 ad Art. 11).
11. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser que lorsqu'un nouveau calcul des prestations complémentaires est effectué dans le cadre de la révision impliquant une demande de restitution, il y a lieu de partir des faits tels qu'ils existaient réellement durant la période de restitution déterminante. Dans ce sens, on tiendra compte de toutes les modifications intervenues, peu importe qu'elles influencent le revenu déterminant à la hausse ou à la baisse. Ainsi, le montant de la restitution est fixé sans égard à la manière dont le bénéficiaire des prestations complémentaires assume son obligation d'annoncer les changements et indépendamment du fait que l'administration ait pris connaissance ou non des nouveaux éléments déterminants au gré du seul hasard. Il serait choquant, lors du nouveau calcul de la prestation complémentaire destiné à établir le montant de la restitution, de ne tenir compte que des facteurs défavorables au bénéficiaire de la prestation complémentaire. Le Tribunal fédéral a alors précisé que le paiement, à titre rétroactif, de prestations complémentaires, était exclu (ATF 122 V 19 consid. 5c, VSI 1996 p. 212). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a indiqué qu'à défaut d'une disposition d'exécution s'écartant de l'art. 24 al. 1 LPGA, dans le cadre d'une demande de restitution, la règle jurisprudentielle prévue par l'ATF 122 V 19, selon laquelle le paiement d'arriérés est exclu, est contraire au droit (ATF 138 V 298 consid. 5.2.2).

- 
12. a/aa. Sur le plan fédéral, le droit à la prestation complémentaire annuelle a pour corollaire le droit au remboursement des frais de maladie aux conditions des art. 14 à 16 LPC (cf. art. 3 al. 1 LPC).

À teneur de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis. Cette même disposition précise, sous les lettres a à g quels frais sont remboursés. L'art. 14 al. 2 LPC laisse le soin aux cantons de fixer les frais pouvant être remboursés en vertu de l'alinéa 1 de cette même disposition.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2011 est entré en vigueur le Règlement cantonal relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC ; RS J 4 20.04).

a/bb. L'art. 14 al. 6 LPC prévoit que les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires. Le remboursement s'opère alors selon la formule suivante (ch. 5019 des Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS/AI [DPC]) :

Frais de maladie et d'invalidité dûment établis - excédant des revenus

b. Sur le plan cantonal, l'art. 3 al. 4 LPCC prévoit que les bénéficiaires du revenu minimum cantonal d'aide sociale, qui leur est garanti par le versement de prestations cantonales complémentaires à l'AVS/AI (art. 1 al. 1 LPCC), ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans les limites définies par la législation fédérale, mais seulement jusqu'à concurrence du solde non remboursé au titre de prestations complémentaires fédérales.

13. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

---

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

14. En l'espèce, les plans de calcul annexés à la décision de restitution et les pièces du dossier soumis à la chambre de céans appellent les remarques suivantes :

- Le SPC n'a pas procédé à un calcul comparatif au sens des directives en incluant ou en excluant le(s) fils du recourant dans le calcul des prestations complémentaires de ce dernier. En effet, l'exemple de calcul figurant dans la décision sur opposition correspond en réalité au calcul des prestations complémentaires du fils cadet du recourant et non au calcul des prestations complémentaires du recourant (cf. consid. 8 *supra*).
- Les primes d'assurance-maladie doivent être incluses, à titre de dépenses, dans les plans de calcul.
- Du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 30 avril 2009, le SPC a pris en considération un gain potentiel de l'épouse du recourant. Toutefois, dans la mesure où, par décision du 8 mars 2018, l'OAI a mis celle-ci au bénéfice d'une rente entière, le degré d'invalidité étant de 90%, le SPC aurait dû supprimer ce gain potentiel, ce qui n'a pas été le cas (cf. consid. 9b *supra*).
- La SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 décembre 2014. Certes, conformément à l'art. 25 al. 2 let. c OPC-AVS/AI, la modification entre en vigueur dès le début du mois suivant l'annonce du changement. Toutefois, selon la jurisprudence, en cas de révision, il convient de retenir tous les changements, que ceux-ci soient en faveur ou en défaveur du bénéficiaire et ce quelle que soit la manière dont le changement a été porté à la connaissance du SPC (voir consid. 11 *supra*). Par conséquent, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les plans de calcul ne doivent plus tenir compte des indemnités journalières.
- B\_\_\_\_\_, le fils aîné du recourant, a quitté le domicile familial le 29 janvier 2016 (cf. registre de l'office cantonal de la population). Dans l'hypothèse où les enfants ne sont pas pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires, seule la moitié du loyer doit être retenue. En revanche, si les enfants doivent être pris en considération, les trois-quarts (variante avec C\_\_\_\_\_ mais sans B\_\_\_\_\_) ou l'intégralité du loyer doit être retenu (variante avec B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_) (cf. consid. 7b et 9a *supra*).
- Seuls les intérêts moratoires versés par l'OAI peuvent être pris en considération à titre de fortune, dès lors que les rentes rétroactives ont été incluses en tant que telles dans les plans de calcul du SPC. En prenant en compte le solde de CHF 19'486.40 à titre de fortune, le SPC retient en réalité les rentes par deux fois : une première fois en tant que revenu et une seconde à titre de fortune (cf. consid. 10 *supra*).

- Suite au nouveau calcul du droit aux prestations complémentaires, le SPC devra également réexaminer la question de la restitution des subsides et des frais médicaux.
15. En l'espèce, la chambre de céans constate que la dette du recourant a été éteinte par compensation. La seule question qui se pose, en l'état, vu les remarques ci-dessus, est celle de savoir si le montant réclamé en restitution devrait être inférieur à celui compensé. En d'autres termes, la question est de savoir si le SPC doit rétrocéder un certain montant au recourant ou non.
16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 14 juin 2019 sera annulée. La cause sera renvoyée au SPC pour que celui-ci établisse des nouveaux plans de calculs, conformes aux considérants ci-dessus.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 14 juin 2019.
3. Renvoie la cause au SPC pour nouveaux calculs au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne le SPC à verser au recourant un montant de CHF 1'000.- à titre de 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). 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

Nathalie LOCHER

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