

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3331/2009

ATAS/580/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 31 mai 2011**

**8<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à Berne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Doris VATERLAUS      **recourante**

contre

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

**Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente suppléante; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1947, de nationalité suisse, a présenté le 15 décembre 2000 une demande de prestations complémentaires à sa rente d'invalidité, auprès de l'Office cantonal des personnes âgées de la République et Canton de Genève (ci-après : OCPA), devenu depuis le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC).

En effet, par décision du 17 juillet 2000, elle avait été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, avec effet au 1<sup>er</sup> mai 1998.

Niant l'existence d'un domicile à Genève de l'assurée, l'OCPA lui avait d'abord nié un droit aux prestations requises.

Par arrêt du 6 janvier 2006 (cause P5/05), le Tribunal fédéral des assurances a constaté l'existence d'un domicile sur le Canton de Genève pour l'assurée, avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2000.

2. Le 30 mars 2007, l'OCPA a rendu deux décisions.

La première couvrait la période du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 mai 2002, période durant laquelle l'assurée ne pouvait bénéficier que de prestations complémentaires fédérales à sa rente invalidité, en raison des conditions légales de domiciliation sur le Canton de Genève, non encore remplies.

La deuxième couvrait la période à compter du 1<sup>er</sup> juin 2002, portant sur l'octroi de prestations complémentaires, tant fédérales que cantonales, à sa rente invalidité.

Ces décisions concluaient au versement d'un droit rétroactif de prestations complémentaires pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 mars 2007, à hauteur de 104'240 fr., déduction faite de deux avances de 5'000 fr. versées sur le compte du mandataire de l'assurée en décembre 2006 et mars 2007.

3. Dans le courrier accompagnateur aux deux décisions précitées, figurait une demande faite à la mandataire de l'assurée d'indiquer à cette dernière qu'elle pourrait disposer du montant du rétroactif, tout en conservant les quittances et les factures des achats importants.

L'OCPA indiquait encore qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007, l'assurée aurait droit à une prestation mensuelle de 817 fr. au titre de prestations complémentaires et qu'à compter de cette date, le montant du rétroactif serait pris en compte au titre de fortune et converti en revenu pour le calcul du montant des prestations.

Afin que le calcul des prestations tienne compte des diminutions de la fortune immobilière, il était indiqué par l'OCPA que l'assurée pourrait lui faire parvenir

au courant du mois de janvier 2008, le ou les relevés de son ou ses compte(s) bancaire(s) au 31 décembre 2007.

S'agissant des subsides d'assurance maladie, du recouvrement et du remboursement des frais médicaux, l'OCPA confirmait qu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000, l'assurée avait droit aux subsides d'assurance maladie couvrant ses primes d'assurance maladie jusqu'à concurrence de la prime moyenne cantonale, ces subsides devant être versés par le service de l'assurance maladie (ci-après : SAM), directement à la caisse maladie de l'assurée.

4. La première décision rendue le 30 mars 2007 mentionnait que l'assurée avait droit à la garantie de la couverture intégrale des cotisations de base de l'assurance maladie mensuelle, pour les périodes : du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 décembre 2000, à hauteur de 168,80 fr., du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 avril 2001, à hauteur de 119,70 fr., du 1<sup>er</sup> mai 2001 au 31 décembre 2001, à hauteur de 277,30 fr. et du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 mai 2002, à hauteur de 383 fr.

La fortune de l'assurée prise en compte dans cette décision s'élevait à 23'477,50 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 décembre 2000, 39'443,25 fr., pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 avril 2001, de même que pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2001 au 31 décembre 2001. Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 mai 2002, la fortune prise en compte s'élevait à 14,10 fr.

5. Dans la deuxième décision du 30 mars 2007, figurait également une garantie de couverture intégrale des cotisations de base de l'assurance maladie mensuelle, à hauteur de 383 fr., pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2002 au 31 décembre 2002, 413,60 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2003, 399 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004, 411 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005, 426 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006 et 424 fr. à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

La fortune prise en compte dans cette décision s'élevait à 14,10 pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2002 au 31 décembre 2002, 103,85 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2003. Elle était nulle pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004. Elle s'élevait à 83,60 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005, 92,65 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006. Elle était nulle pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 mars 2007 et s'élevait à 104'240 fr. à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007.

6. Par courrier du 30 mars 2007, l'OCPA a indiqué au SAM qu'il devait délivrer une attestation de subsides en faveur de l'assurée, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000, pour la couverture de sa prime d'assurance maladie de base, facturée par sa caisse maladie, HELSANA.

7. Par courrier de son mandataire du 11 mai 2007 adressé à l'OCPA, l'assurée a formé opposition aux deux décisions rendues le 30 mars 2007, requérant le versement d'intérêts moratoires sur la créance de prestations complémentaires rétroactivement versées, dus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, ainsi que le remboursement de frais de dentiste à hauteur de 3'004,30 fr., justifiés par diverses factures. Elle a conclu à l'annulation des décisions du 30 mars 2007 en tant qu'elles ne lui allouaient pas d'intérêts moratoires, à leur confirmation pour le surplus, à ce qu'il lui soit alloué des prestations cantonales et fédérales complémentaires dès le 1<sup>er</sup> juillet 2000, avec intérêts moratoires à 5 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003 pour les créances de prestations dont le droit serait né 24 mois auparavant, soit pour toutes prestations depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 jusqu'aux prestations du 30 mars 2007, et à ce que lui soit remboursés tous ses frais de dentiste.
8. Par courrier du 11 juillet 2007 adressé à l'OCPA, la mandataire de l'assurée indiquait que sa mandante avait déjà disposé d'une somme de 30'000 fr. sur le montant perçu en avril 2007 pour s'acquitter de diverses dettes contractées durant la période pendant laquelle les prestations complémentaires ne lui avaient pas été versées. Etait alors demandé à l'OCPA de procéder au nouveau calcul des prestations complémentaires dues.
9. Par courrier du 7 octobre 2008, le nouveau mandataire de l'assurée a complété l'opposition précitée.

Il a sollicité la rectification de la décision dans le sens où cette dernière ne prenait pas en compte l'intégralité de la prime d'assurance maladie s'élevant à 276,20 fr. selon lui pour l'année 2000, de même que pour les primes d'assurance maladie de l'année 2001.

En outre, il sollicitait le versement d'intérêts moratoires dus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, ce qui, après un calcul, aboutissait à une somme de 8'194,75 fr. en faveur de l'assurée.

Enfin, il était selon lui erroné d'avoir réduit la prestation mensuelle due à titre de prestations complémentaires à 817 fr. par mois à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007. La somme de 104'240 fr. considérée à titre de fortune dès cette date était erronée, dans la mesure où elle n'avait été versée qu'après 7 ans de procédure à l'assurée, laquelle avait dû l'utiliser immédiatement pour payer ses dettes. Aussi, seul un montant de 85'057 fr., versé sur un compte UBS, était à disposition de l'assurée au 27 juin 2007. Cet argent avait été utilisé jusqu'au 30 novembre 2007 et à compter de cette date, ne restait à l'assurée qu'un solde d'environ 25'000 fr. Dès lors, les prestations complémentaires dues en faveur de l'assurée devaient être recalculées à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2007.

- 
10. Selon un décompte établi par l'UBS, pour le compte \_\_\_\_\_ W, ouvert au nom de Me Patricia MICHELLOD sous la rubrique « OCPA R \_\_\_\_\_ », au 27 juin 2007, figurait un solde de 85'057 fr., lequel a été réduit de 10'000 fr. aux 28 juin, 25 juillet, 3 septembre, 1<sup>er</sup> et 29 octobre, 23 novembre et 31 décembre 2007 et de 10'000 fr. au 1<sup>er</sup> février 2008. Dès lors, au 31 décembre 2007, le solde de ce compte s'élevait à 15'057,15 fr. et au 29 février 2008, à 5'056,85 fr.
11. En date du 11 août 2009, le SPC, ayant remplacé l'OCPA, a rendu sa décision sur opposition.

S'agissant des primes d'assurance maladie prises en considération dans sa décision du 30 mars 2007 pour les années 2000 et 2001, les factures de primes remises au SPC s'élevaient à 186,80 fr. pour la prime de base 2000 et 199,70 fr. pour la prime de base 2001, de sorte que les montants pris en compte dans la décision du 30 mars étaient corrects et devaient être confirmés.

S'agissant des intérêts moratoires réclamés, après examen du cas particulier, ils étaient accordés à hauteur de 8'194,75 fr. en faveur de l'assurée, l'opposition étant admise sur ce point.

S'agissant de la prise en charge des frais dentaires pour les années 2001 à 2005, elle avait fait l'objet de deux décisions datées du 6 décembre 2007, un montant total de 2'299,05 fr. ayant été versé en faveur de l'assurée qui avait cependant formé opposition le 19 janvier 2008 aux deux décisions du 6 décembre 2007.

Une décision séparée sur opposition en relation avec ce litige serait donc notifiée par pli séparé.

S'agissant de la mise à jour de la fortune de l'assurée au 1<sup>er</sup> décembre 2007, le SPC constatait que la diminution de fortune alléguée provenait de mouvements divers effectués sur le compte de Me Patricia MICHELLOD, lesquels ne donnaient aucune indication sur la nature ni sur la destination des transferts effectués à compter du mois de juin 2007. En l'absence de justificatif démontrant les versements effectués en vue du remboursement de dettes, tel qu'allégué par l'assurée, une diminution de la fortune de cette dernière ne pouvait être admise, raison pour laquelle la décision du 30 mars 2007 fixant la prestation complémentaire annuelle due devait être maintenue.

12. Par acte du 14 septembre 2009, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition du 11 août 2009, produisant diverses pièces. Elle a conclu pour l'essentiel à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que le SPC soit sommé de prendre en compte les primes de base genevoises effectives et officielles à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000, de lui rembourser le montant total qu'elle avait elle-même dû avancer et que son assurance, HELSANA Assurances SA (ci-après : HELSANA), avait utilisé abusivement pour réduire les primes genevoises

au profit d'une assurance sociale fédérale (prestations complémentaires), de lui restituer le subside du Valais à hauteur de 1'120,80 fr. que son assurance, HELSANA, avait utilisé abusivement pour compenser des primes genevoises non payées par le SPC et le SAM. Elle a requis la production de la comptabilité de HELSANA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, invoquant avoir versé les sommes de 537 fr. au 31 juillet 2000 et 536,40 fr. au 9 octobre 2000, au titre de primes d'assurance complémentaire, en faveur de HELSANA, ce qui couvrait les primes dues à ce titre pour l'année 2000. Elle a également invoqué avoir versé 89,50 fr. au titre de prime d'assurance complémentaire en janvier 2001 et 199,70 fr. comme acompte sur la prime de base d'assurance maladie pour le même mois. En outre, elle avait versé la somme de 268,50 fr. au titre de primes d'assurance complémentaire pour les mois de février à avril 2001.

S'agissant des versements susmentionnés, la recourante allègue qu'HELSANA les a utilisés, ainsi qu'un virement relatif aux subsides du Canton du Valais de 1'120,80 fr., pour financer sa prime de base due sur le Canton de Genève, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2000, alors qu'un courrier du SAM du 13 août 2003 lui avait confirmé la prise en charge de ses cotisations de base auprès de la caisse maladie avec rétroactif au 1<sup>er</sup> juillet 2000 et jusqu'à droit jugé dans la cause qui l'opposait alors au SPC.

Elle demandait également l'apport du dossier la concernant en main du SAM, lequel avait déjà été requis par son conseil au mois d'avril 2008 sans résultat.

Par la suite, la recourante a complété spontanément son recours et produit diverses pièces.

13. Ayant mandaté un nouveau conseil en la personne de Me Doris VATERLAUS, elle a complété son recours par écriture du 30 novembre 2009, produisant encore d'autres pièces.

Elle a ainsi conclu préalablement au retrait de l'effet suspensif concernant le montant de 8'194,75 fr., que le SPC a reconnu lui devoir dans la décision entreprise, et principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 11 août 2009, en ce qui concerne les primes d'assurance maladie 2000 et 2001, ainsi que la fortune de 104'240 fr. introduite dans le plan de calcul valable à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2007 et à ce que cette décision soit confirmée pour le surplus.

En outre, elle a conclu à ce que ceci fait et statuant à nouveau, le SPC soit condamné à prendre en charge les primes d'assurance maladie du mois de juillet 2000 au mois de décembre 2001, selon les barèmes en vigueur à Genève, à ce que le dossier soit renvoyé au SPC pour instruction complémentaire sur les primes d'HELSANA valables du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 décembre 2001, à ce qu'il soit ordonné au SPC de verser le montant calculé à HELSANA en lui donnant

l'injonction de lui rembourser les acomptes reçus pour la période litigieuse et à ce qu'il soit ordonné au SPC de ne pas tenir compte du montant de 96'000 fr. [recte : 104'240 fr.] dans le calcul des prestations complémentaires valables dès le mois de décembre 2007, ainsi que de notifier à la recourante une nouvelle décision en ce sens.

Elle expliquait à l'appui de ses conclusions que les primes retenues par le SPC au titre de primes d'assurance de base intégralement couvertes par le subsidiaire étaient erronées, puisque la prime d'assurance valable pour Genève en 2001 s'élevait à 357,30 fr. A teneur des documents fournis par HELSANA en décembre 2006, les primes d'assurance maladie de base facturées mensuellement à hauteur de 119,70 fr. pour 2000 et 277,30 fr. pour 2001 concernaient le Canton du Valais, ce qui ne correspondait en rien aux primes en vigueur dans le Canton de Genève pour les mêmes années. Le SPC avait dès lors commis un arbitraire et une mauvaise appréciation des preuves, en se fondant sur les primes précitées pour refuser de régler à la recourante les primes qui lui étaient réellement dues, en fonction de son domicile, pour la période de juillet 2001 à décembre 2001.

S'agissant des frais dentaires dus pour les années 2001 à 2005, ce point était traité dans une autre décision sur opposition et un recours déposé par la recourante enrôlé sous le numéro de cause A/3330/2009.

Enfin, s'agissant de la mise à jour de sa fortune au 1<sup>er</sup> décembre 2007, le montant de 96'000 fr. [recte : 104'240 fr.], retenu par le SPC en guise de fortune dans sa décision du 30 mars 2007 était erroné puisqu'elle n'avait perçu des prestations complémentaires rétroactivement qu'en 2007, alors qu'elles lui étaient dues à compter du mois de juillet 2000 et qu'elle avait dû se priver durant de longues années, avant de percevoir les prestations complémentaires.

14. Par mémoire du 22 janvier 2010, le SPC s'est prononcé sur le recours de la recourante.

S'agissant des primes d'assurance maladie pour les années 2000 à 2001, l'OCPA était tenu de par la loi de ne prendre en compte que les primes d'assurance de base, à l'exclusion de toute autre assurance mais il était encore dans l'obligation de ne s'en tenir qu'aux primes de l'assurance de base réellement payées par l'intéressée, de sorte que si la prime de base facturée par l'assurance maladie de cette dernière était plus basse, la recourante ne saurait prétendre au maximum admis à Genève pour la prime moyenne d'assurance maladie, quand bien même elle était domiciliée dans ce Canton.

S'agissant des intérêts moratoires reconnus comme dus à la recourante, le SPC revenait sur sa décision sur opposition, dans la mesure où il considérait que l'attitude de la recourante ne pouvait être considérée comme réalisant la condition de l'art. 26 al. 2 LPGA, à savoir l'accomplissement du devoir de collaboration de

l'assuré. Le SPC concluait alors à une réformation in pejus de sa décision sur opposition sur ce point.

S'agissant de la prise en charge des frais dentaires pour les années 2001 à 2005, l'examen de cette contestation faisant l'objet d'une autre procédure, il était rapporté à l'argumentation développée par le SPC dans le cadre de l'autre recours (cause A/3330/2009).

Enfin, concernant la prise en compte de la fortune de la recourante au 1<sup>er</sup> décembre 2007, celle-ci avait vu son patrimoine augmenté après le versement de la somme importante due à titre de rétroactif de prestations complémentaires et versée en 2007, raison pour laquelle le montant total avait été pris en considération à titre d'épargne. Or, il appartenait à la recourante de justifier dûment des dépenses si elle souhaitait que ces dernières soient prises en considération dans le cas du calcul de son droit aux prestations complémentaires, ce qu'elle n'avait pas fait.

Le SPC concluait ainsi au rejet du recours et à la réformation in pejus de la décision sur opposition du 11 août 2009 s'agissant de l'octroi des intérêts moratoires à hauteur de 8'194,75 fr.

15. Par écriture complémentaire du 25 février 2010, la recourante a indiqué que le SPC n'exposait pas la problématique des primes d'assurance maladie 2000 et 2001 de manière correcte. HELSANA avait utilisé les primes versées par ses soins pour son assurance complémentaire, afin de compenser la prime d'assurance de base. Suite à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 6 janvier 2006, le SPC aurait dû lui accorder les primes d'assurance maladie selon le barème genevois. Or, comme il ne l'avait pas fait, HELSANA n'avait pas rectifié la situation dans ses comptes.

Le SPC s'était adressé le 4 décembre 2006 à HELSANA et le 30 mars 2007 au Service de l'assurance maladie de Genève, afin qu'elle la mette au bénéfice de subsides pour les bénéficiaires d'OCPA dès le 1<sup>er</sup> juillet 2000, ce qui confirmait qu'elle était en droit de penser pouvoir bénéficier rapidement des ristournes de primes correspondantes.

Or, le SPC n'avait pas fourni de décompte des montants des primes d'assurance maladie qui avaient été réglés auprès d'HELSANA conformément au barème genevois.

HELSANA avait également utilisé le subside valaisan, versé à hauteur de 1'120,80 fr. en 2002, pour compenser les primes 2002 alors qu'il aurait dû être affecté pour le paiement des primes dues pour janvier à juin 2000.

Du fait du refus du SPC de régler la situation concernant les primes d'assurance, la recourante avait été lésée, puisqu'elle n'avait pas pu récupérer les primes d'assurance maladie complémentaire versées par ses soins, alors qu'HELSANA avait utilisé la somme de 1'162,90 fr. versée par elle-même pour couvrir les primes d'assurance maladie de base.

Or, si le SPC avait versé les primes d'assurance selon le barème genevois, HELSANA aurait dû réaffecter les primes d'assurance correctement et remettre en vigueur l'assurance complémentaire selon la LCA ou subsidiairement, lui rembourser ce montant. Le SPC ayant informé son mandataire le 30 mars 2007 que les subsides seraient versés désormais directement à la caisse maladie, il lui appartenait de fournir la preuve de ses allégations.

Dans la mesure où le dossier du SPC était lacunaire à ce sujet, elle réitérait sa demande de production de décompte détaillé pour la période de janvier 2000 à 2002, de la part d'HELSANA.

S'agissant des intérêts moratoires dus sur les prestations complémentaires versées rétroactivement en 2007, sur lesquels le SPC revenait dans ses écritures de réponse au recours, la communication entre la recourante et le SPC s'était dégradée, en raison de la position de ce dernier adoptée entre 2001 et 2006. Cette communication s'était encore dégradée du fait que le SPC n'avait pas été en mesure, depuis 2006, de corriger la situation à satisfaction. Dès lors, les intérêts moratoires lui étaient dus.

S'agissant des frais dentaires dus entre 2001 et 2005, référence était faite aux observations liées à la procédure enregistrée sous numéro de cause A/3330/2009.

Enfin, concernant la mise à jour de la fortune au 1<sup>er</sup> décembre 2007, la recourante s'en rapportait à ses explications contenues dans son recours du 14 septembre 2009 et complétées le 30 novembre 2009. Elle rappelait qu'à cause du SPC, elle avait passé 7 ans sans couverture d'assurance maladie, avec comme seul revenu une rente AI de 1'500 fr. par mois. Elle avait donc été aidée par sa famille et des amis durant cette période, estimant avoir reçu en moyenne une somme de 1'240 fr. par mois pendant 84 mois, ce qui totalisait une somme de 104'240 fr., correspondant au versement reçu du SPC en 2007.

L'extrait du compte bancaire au 30 novembre 2007 avait en outre été produit par son précédent mandataire.

16. En date du 21 octobre 2010, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.

A cette occasion, la recourante a indiqué n'être pas en mesure de faire valoir son droit au remboursement des primes de base d'assurance maladie, barème

genevois, pour les années 2000 et 2001, à l'encontre du SPC, sans avoir obtenu, au préalable, les décomptes demandés dans ses écritures.

Le SPC a confirmé que les montants remboursés correspondaient aux primes de base dues pour les trois périodes concernées selon le barème valaisan, dans la mesure où une attestation de décembre 2006, fournie par HELSANA, avait justifié lesdits montants. En outre, subsistait un doute quant au fait que la recourante avait elle-même réglé des montants correspondant aux primes de base, barème genevois pour la même période.

S'agissant des intérêts moratoires, le SPC confirmait vouloir demander au Tribunal de vérifier qu'ils étaient dus, particulièrement au regard de l'obligation d'informer de la recourante.

Celle-ci a indiqué être très étonnée par le revirement du SPC sur ce point et entendait faire valoir le principe de la confiance.

S'agissant de la fortune retenue par le SPC dès décembre 2007, la recourante a indiqué n'être pas en possession de justificatif au sujet des dettes qu'elle avait remboursées avec le rétroactif de prestations complémentaires reçu après l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral, en 2007. Elle tenait cependant à souligner qu'elle avait vécu pendant 7 ans au moyen de sa seule rente invalidité de 1'500 fr. par mois et qu'elle avait emprunté des montants à des amis. Elle ne souhaitait pas les faire entendre par le Tribunal.

Enfin, la recourante a déposé un chargé de pièces complémentaires.

Sur quoi, il a été décidé que le Tribunal se renseignerait par écrit auprès de la HELSANA ainsi qu'auprès du SAM, au sujet des primes payées par la recourante pour les années 2000 et 2001.

17. Par courrier du 18 novembre 2010, le SAM a indiqué que la recourante avait eu droit à un subside de 80 fr. par mois pour l'année 2001, une décision lui ayant été notifiée dans ce sens le 12 décembre 2000. Etant donné son insolvabilité, le SAM avait pris en charge les primes arriérées et les participations présentées par la caisse d'assurance maladie, pour la période du 1<sup>er</sup> août 2000 au 31 décembre 2001, à raison d'un montant total de 3'182,20 fr., selon décision rendue le 31 octobre 2003.

Suite au courrier du 20 [recte : 30] mars 2007 de l'OCPA, le SAM avait engagé pour la recourante un subside de 342,50 fr. pour le seul mois de juillet 2000, mois pour lequel aucun versement n'avait été préalablement effectué.

Au 18 novembre 2010, l'assurance n'avait cependant pas facturé ce montant au SAM.

Tous les versements opérés en faveur de la recourante avaient été adressés à sa caisse d'assurance maladie.

18. En date du 27 octobre 2010 puis du 20 octobre 2010, HELSANA a répondu au Tribunal cantonal des assurances sociales qu'un décompte lui était remis, de manière à répondre à ses questions, étant précisé que le mois de juillet 2000 n'apparaissait pas sur le décompte, dans la mesure où les données étaient recensées dans le système informatique de la caisse maladie qu'à compter du 1<sup>er</sup> août 2000.

Selon le décompte remis en annexe au courrier précité, il ressort que les primes considérées comme dues de la part de la recourante pour les mois d'août 2000 à décembre 2000 s'élevaient à 276,20 fr. au total par mois, à savoir 186,80 fr. de prime d'assurance de base et 89,40 fr. de prime d'assurance complémentaire.

Pour les mois précités, les primes d'assurance de base avaient été payées par le SAM au 9 janvier 2004. Les primes d'assurance complémentaire avaient fait l'objet d'un amortissement, suite à l'annulation du contrat LCA, sans toutefois qu'une date d'échéance dudit contrat ne soit mentionnée.

Pour la période du mois d'août 2000 au mois de décembre 2000, le bilan était équilibré.

S'agissant des primes dues pour les mois de janvier et février 2001, il ressort du décompte présenté par HELSANA qu'elles ont été prises en considération à hauteur de 209,20 fr. au total par mois.

Le paiement de ces deux primes, totalisant 418,40 fr., avait été retenu sur la somme de 289,20 fr. reçue le 16 janvier 2001, puis à hauteur de 59,40 fr. sur le montant versé le 9 janvier 2004 par le SAM et à hauteur de 89,50 fr., par amortissement suite à l'annulation du contrat LCA. Dès lors, bien que cela ne figure pas sur le décompte d'HELSANA, une somme de 19,70 fr. aurait dû être retenue au crédit de l'assurée pour cette période.

Les primes dues pour les mois de mars et avril 2001 ont été facturées par l'assurance à hauteur de 432,40 fr. au total, sans plus amples explications.

Les paiements correspondant à ces primes ont été pris en considération à hauteur de respectivement 19,20 fr. et 210,30 fr., sur le montant total versé le 9 janvier 2004 par le SAM et respectivement à hauteur de 89,50 fr. et 155,10 fr., par amortissements suite à l'annulation du contrat LCA.

Si l'on tient compte de ce qui précède, c'est une somme de 390,70 fr. qui aurait dû être mise au débit de l'assurée, s'agissant de ces deux primes.

Les primes dues pour les mois de mai 2001 à décembre 2001 avaient été facturées à hauteur de 277,30 fr. selon le décompte.

Les primes dues pour les mois de mai et juin 2001 n'avaient pas fait l'objet de versement.

La prime du mois de juillet 2001 avait été prise en considération sur le paiement reçu le 5 juillet 2001 à hauteur de 815,70 fr., sans référence quant à l'origine de cette somme.

Les primes dues pour les mois d'août 2001 à décembre 2001 avaient été prises en considération sur le versement total opéré par le SAM, au 9 janvier 2004.

Le bilan effectué pour la période du mois de janvier 2001 au mois de décembre 2001 par l'assurance aboutissait à un résultat de 387,20 fr., dus en sa faveur.

19. Par courrier du 6 janvier 2011, la recourante avait fait savoir au Tribunal cantonal des assurances sociales que la couverture de son assurance de base avait été suspendue, en raison des dettes que celle-ci considérait comme dues.
20. Par observations du 28 janvier 2011, le SPC indiquait que pour la période du 1<sup>er</sup> août 2000 au 31 décembre 2000, la prime facturée à la recourante au titre d'assurance de base s'était élevée à 186,80 fr., montant versé par le SAM et correspondant au montant figurant dans la décision sur opposition.

Pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 avril 2001, il y avait effectivement une divergence entre le montant pris en compte dans la décision sur opposition à hauteur de 119,70 fr. et le montant figurant dans le décompte d'HELSANA établi en octobre 2010. Or, dans la décision du 30 mars 2007, le SPC s'était basé sur un duplicata d'attestation d'assurance qu'HELSANA avait édité le 19 décembre 2006 à l'intention de la mandataire de l'assurée. En outre, même si la décision du 30 mars 2007 faisait état d'un montant inférieur à celui réellement payé par l'intéressée au titre de l'assurance de base, le SAM lui avait réellement versé 288,90 fr. à savoir 50,40 fr., plus 19,20 fr., plus 210,30 fr., pour la période considérée. Sur les mois de janvier 2001 à avril 2001, la recourante aurait dû en effet obtenir 4 fois 119,70 fr., or, elle n'avait reçu que 288,90 fr. de la part du SAM, raison pour laquelle il conviendrait d'éclaircir ce point avec ce service, le SPC n'étant pas en mesure de fournir plus d'indications.

Pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2001 au 30 décembre 2001, la prime au titre d'assurance de base s'élevait 277,30 fr. et correspondait ainsi au montant pris en considération dans la décision du 30 mars 2007.

21. Dans ses observations du 1<sup>er</sup> février 2011, la recourante a indiqué s'agissant des primes d'assurance maladie 2000-2001 qu'il ressortait clairement du décompte de

son assurance que la prime d'assurance maladie de base de 186,80 fr. avait été amortie avec les montants qu'elle avait versés pour la couverture de son assurance complémentaire. Le SPC n'ayant pas même versé à la caisse maladie l'intégralité de la prime d'assurance selon le barème valaisan, une somme de 747 fr. lui appartenant lui avait été décomptée par son assurance. Le SPC ne pouvait ignorer que la facturation d'HELSANA était incorrecte s'agissant des primes d'assurance de base, lesquelles auraient dû être modifiées après notification de l'arrêt du Tribunal fédéral du mois de janvier 2006. Une somme totale de 1'631,10 fr. lui appartenant avait alors été utilisée par HELSANA pour amortir la prime de base qui aurait dû être prise en charge par le SPC, respectivement le SAM. Dès lors, elle persistait à solliciter que la situation des années 2000 et 2001 soit corrigée afin qu'HELSANA lui rembourse au minimum l'argent indûment détourné pour amortir la prime d'assurance maladie de base.

22. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
23. Les éléments suivants ressortent du dossier et des pièces produites par les parties, s'agissant des primes d'assurance maladie 2000 et 2001 :
  - Selon avis adressé par HELSANA le 30 septembre 1999 à la recourante, la prime mensuelle d'assurance de base, y compris le risque accident, s'élèverait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000 à 186,80 fr. ;
  - Selon le tableau édité par l'Office fédéral des assurances sociales, le 1<sup>er</sup> octobre 1999, les primes d'assurance de base pour le Canton du Valais, facturées par HELSANA, devait s'élever pour l'année 2000, à 186,80 fr. par mois, pour des adultes de plus de 26 ans ;
  - Selon le tableau édité par l'Office fédéral des assurances sociales à la même date, les primes d'assurance de base facturées par HELSANA sur le Canton de Genève, devaient s'élever pour l'année 2000, à 342,50 fr. par mois, pour les adultes de tous les âges ;
  - Selon le tableau édité par l'Office fédéral des assurances sociales au 2 octobre 2000, les primes d'assurance de base pour le Canton de Genève, facturées par HELSANA Zürich, devaient s'élever à 357,30 fr. pour les adultes de tous âges ;
  - Un récépissé produit par la recourante confirme qu'elle a versé par mandat postal à une date inconnue de l'année 2000 (mais vraisemblablement avant le mois d'août 2000), la somme de 537 fr., les indications manuscrites qu'elle y a fait figurer précisant qu'il s'agit du paiement de la somme de 6 fois 89,50 fr., due à titre de primes d'assurance complémentaire (LCA) pour les mois de janvier à juin 2000 ;

- Un récépissé produit par la recourante confirme qu'elle a versé par mandat postal le 9 octobre 2000 la somme de 536,40 fr., les indications manuscrites qu'elle y a fait figurer précisant qu'il s'agit du paiement de la somme de 6 fois 89,40 fr., due à titre de primes d'assurance complémentaire (LCA) pour les mois de juillet à décembre 2000 ;
- En date du 23 octobre 2000, HELSANA a adressé à la recourante une facture de prime valable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, à hauteur de 199,70 fr., incluant la couverture accident, au titre de prime d'assurance de base LAMal ;
- Un extrait du compte postal de la recourante au 12 janvier 2001 indique qu'un montant de 89,50 fr. et un montant de 199,70 fr. ont été débités à cette date en faveur d'HELSANA, l'intéressée ayant inscrit manuellement sur ce décompte que le premier montant était relatif au paiement de sa cotisation d'assurance complémentaire (LCA) et que le second était relatif au paiement de l'assurance de base (LAMal), pour le mois de janvier 2001 ;
- En date du 6 mars 2001, HELSANA Assurance SA a adressé à la recourante une facture correspondant à la somme de 357,30 fr., valable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2001, au titre de prime d'assurance maladie de base, incluant le risque accident, sur la base de LAMal ;
- Un récépissé produit par la recourante confirme qu'elle a versé le 5 mai 2001 par mandat postal la somme de 268,50 fr., les indications manuscrites figurant sur cette pièce précisant que cette somme est relative au paiement des primes d'assurance complémentaire (LCA), pour les mois de février, mars et avril 2001 ;
- Par avis adressé le 11 novembre 2001 à la recourante, HELSANA lui a indiqué avoir reçu au titre de subsides la somme de 1'120,80 fr., pour l'année 2000 ;
- Selon un décompte établi le 25 juillet 2002 par HELSANA, les primes dues pour les mois de janvier à juillet 2000 s'élevaient respectivement à 276,30 fr. par mois et les paiements enregistrés avaient été pris en compte à hauteur de 537 fr. au 25 juillet 2000, à hauteur de 536,40 fr. au 12 octobre 2000 et à hauteur de 89,50 fr., par amortissements, sans plus amples informations ;
- Par courrier adressé par HELSANA au mandataire de la recourante, le 27 janvier 2003, le subside 2000 à hauteur de 1'120,80 fr. a été utilisé pour compenser des primes dues pour l'année 2002 ;
- Par courrier adressé par le SAM à la recourante le 13 août 2003, il lui était indiqué qu'à compter du mois 1<sup>er</sup> août 2003, le SAM prendrait en charge le paiement de ses primes d'assurance maladie de base (LAMal), compte tenu de sa situation financière et malgré le litige qui l'opposait à l'OCPA ;

- 
- Un duplicata d'attestation d'assurance, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000 a été adressé le 19 décembre 2006 par HELSANA Assurance SA à S \_\_\_\_\_, mandataire à cette date de la recourante, indiquant que la prime d'assurance de base s'élevait à 186,80 fr., dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et que la prime d'assurance complémentaire s'élevait à 89,40 fr., dès la même date, soit un total mensuel de 276,20 ;
  - Un duplicata d'attestation d'assurance, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et jusqu'au 30 avril 2001, a été adressé le 19 décembre 2006 par HELSANA à la mandataire de la recourante, indiquant que la prime d'assurance de base s'élevait à 119,70 fr., dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et que la prime d'assurance complémentaire s'élevait à 89,50 fr., à compter du 30 avril 2001, soit un total mensuel de 209,20 fr.;
  - Un duplicata d'attestation d'assurance, valable dès le 1<sup>er</sup> mai 2001 et jusqu'au 31 décembre 2001, a été adressé le même jour par HELSANA à la mandataire de la recourante, indiquant que la prime d'assurance de base s'élevait à 277,30 fr., seul montant facturé mensuellement dès cette date.

24. S'agissant de l'état de fortune de la recourante, les éléments suivants ressortent du dossier :

- Au 31 décembre 2000, la recourante possédait des titres pour la somme de 21'410 fr., sur un dépôt-titres, n° 80.700.414.4/10, ouvert auprès de la Banque Migros ;
- Au 31 décembre 2003, elle possédait la somme de 2,65 fr. sur un compte, n° \_\_\_\_\_, ouvert auprès de la Banque Migros ;
- Un décompte établi par PostFinance au 31 décembre 2000 fait état d'un solde en faveur de la recourante à hauteur de 17'251,40 fr. sur le compte n° \_\_\_\_\_ ;
- Un décompte établi par PostFinance au 31 décembre 2001 fait état d'un solde en faveur de la recourante à hauteur de – 481,14 fr. sur le compte n° \_\_\_\_\_ ;
- Un décompte établi par PostFinance au 31 décembre 2002 fait état d'un solde en faveur de la recourante à hauteur de 98.01 fr. sur le compte n° \_\_\_\_\_ ;
- Un décompte établi par PostFinance au 31 décembre 2003 fait état d'un solde en faveur de la recourante à hauteur de – 133,19 fr. sur le compte n° \_\_\_\_\_ ;
- Un décompte établi par PostFinance au 31 décembre 2004 fait état d'un solde en faveur de la recourante à hauteur de 83,61 fr. sur le compte n° \_\_\_\_\_ 9 ;
- Un décompte établi par PostFinance au 31 décembre 2005 fait état d'un solde en faveur de la recourante à hauteur de 92,66 fr. sur le compte n° \_\_\_\_\_ ;

- 
- Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 41'321,35 fr. au 31 décembre 2000 ;
  - Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 42'672,90 fr. au 31 décembre 2001 ;
  - Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 43'819,75 fr. au 31 décembre 2002 ;
  - Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 44'741,80 fr. au 31 décembre 2003 ;
  - Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 45'571,40 fr. au 31 décembre 2004 ;
  - Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 46'368,90 fr. au 31 décembre 2005 ;
  - Un extrait établi par la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_ pour un compte de prévoyance professionnel (3<sup>ème</sup> pilier) fait état d'un solde en faveur de la recourante s'élevant à 87'180,35 fr. au 31 décembre 2006 ;
  - Dans sa décision du 30 mars 2007, l'OCPA indique ne pas avoir reçu les relevés au 31 décembre 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006 pour le compte de dépôt-titres, ouvert auprès de la Banque Migros sous le n° \_\_\_\_\_/10, ni d'attestation de clôture de ce compte ; il en est de même des relevés au 31 décembre 2004, 2005 et 2006 du compte ouvert auprès de la Banque Migros, sous le n° \_\_\_\_\_.

### **EN DROIT**

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 lettre a chiffre 3 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05), la Chambre des assurances sociales connaît en instance cantonale 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), et qui sont relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Selon l'art. 134 al. 3 lettre a LOJ, elle connaît en outre des contestations prévues à l'art. 43 de la loi sur les prestations

cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC).

Jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales était la juridiction compétente, conformément à l'art. 56V al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941.

La compétence de la Chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) Les règles de procédure applicables, en particulier la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, sont celles en vigueur en août 2009.

A teneur de l'art. 1<sup>er</sup> al. 1 LPC, les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales, à moins que la LPC n'y déroge expressément.

La LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables aux prestations complémentaires cantonales par analogie, en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC ; art. 1<sup>er</sup> al. 1 LPC).

Déposé dans les forme et délai légaux (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA et 43 LPCC), le recours est recevable.

c) En l'espèce, la décision sur opposition du 11 août 2009 porte sur la question du remboursement des primes d'assurance maladie pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 décembre 2001, sur les intérêts moratoires dus s'agissant du versement rétroactif de prestations complémentaires fédérales et cantonales, intervenu en avril 2007, ainsi que sur le calcul des prestations complémentaires fédérales et cantonales valables à compter du mois de décembre 2007, particulièrement s'agissant de la fortune prise en compte pour calculer ces prestations.

c 1) Dès lors, le principe du remboursement des primes d'assurance maladie doit être examiné selon les critères applicables en vertu des lois en vigueur en 2000 et 2001, s'agissant des prestations complémentaires fédérales et cantonales à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité. Il s'agit de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants et à l'assurance invalidité du 14 octobre 1965 (LPC), de son ordonnance d'exécution (OPC – AVS/AI) et de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants et à l'assurance invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC), comme de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LaLAMal), dans leur ancienne teneur.

c 2) Il en est de même du droit aux prestations complémentaires à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007.

c 3) La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable s'agissant des intérêts moratoires réclamés.

2. La Cour doit se prononcer préalablement sur la requête en restitution de l'effet suspensif concernant le montant de 8'194,75 fr., que le SPC a reconnu lui devoir dans la décision entreprise.

Cette conclusion de la recourante correspond en réalité à une demande d'octroi de mesures provisionnelles visant à ce que le SPC doive lui verser immédiatement la somme qu'il a reconnu lui devoir., nonobstant le recours.

a) La LPGA et l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) du 11 septembre 2002 sont entrées en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de diverses dispositions matérielles et de procédure dans le domaine de l'assurance-accidents. Selon la jurisprudence, les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (ATF 129 V 115 consid. 2.2, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a et 111 V 47 et les références; RAMA 1998 n° KV 37 p. 316 consid. 3b). Sont applicables en l'espèce les nouvelles règles de procédure entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 qui figurent dans la LPGA et l'OPGA ou ont été instituées sur cette base dans des lois spéciales (arrêt P. du 24 février 2004 consid. 1.1 [I 46/04], résumé in HAVE 2004 p. 127).

b) La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur les mesures provisionnelles. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). L'art. 61 LPGA pose des exigences auxquelles doit satisfaire la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, laquelle est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA.

Selon l'art. 56 PA, après le dépôt du recours, l'autorité saisie peut prendre des mesures provisionnelles, d'office ou sur requête d'une partie, pour maintenir provisoirement intact un état de fait ou de droit. Bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans les dispositions énumérées à l'art. 1 al. 3 PA, la jurisprudence considère que l'art 56 PA constitue une base de droit fédéral pour le prononcé de mesures provisionnelles en procédure de recours cantonale (ATF 119 V 297

consid. 4, 117 V 189 consid. 1c; Benoît BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 50 ss). Les principes développés à propos des art. 55 PA et 97 LAVS sont applicables par analogie dans le cadre de l'art. 56 PA (ATF 117 V 191 consid. 2b). En particulier, l'autorité doit procéder à une pesée des intérêts en présence et les mesures doivent être justifiées par un intérêt privé ou public prépondérant (BOVAY, op. cit. p. 414) ;

Les mesures provisionnelles ne sont ainsi légitimes, aux termes de la loi, que si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF 119 V 505 consid. 3 et les références citées). Si la protection du droit ne peut exceptionnellement être réalisée autrement, il est possible d'anticiper sur le jugement au fond par une mesure provisoire, pour autant qu'une protection efficace du droit ne puisse être atteinte par la procédure ordinaire et que celle-ci produirait des effets absolument inadmissibles pour le requérant (GYGI, L'effet suspensif et les mesures provisionnelles en procédure administrative, RDAF 1976 p. 228; cf. aussi KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème édition, ch. 334 ss.) ;

c) En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 11 août 2009, l'intimé a alloué à la recourante la somme de 8'194,75 fr. réclamée à titre d'intérêts moratoires sur les prestations complémentaires perçues rétroactivement en avril 2007.

Les effets de cette décision sont suspendus pendant la durée de la procédure de recours, de sorte que la recourante demande le versement immédiat des intérêts moratoires. L'intimé n'a toutefois pas examiné ce point, éludant ainsi la question.

Dans le cadre de la procédure, l'intimé a toutefois conclu au fond à ce que la Cour revoit sa décision sur l'octroi des intérêts moratoires et nie le droit de la recourante à percevoir la somme précitée, statuant in pejus.

Il convient de procéder à la pesée des intérêts en présence et de déterminer si l'intérêt de l'administration à la suspension de sa décision a davantage de poids que celui de la recourante à recevoir la somme précitée. Dans le cadre de l'examen de la question, fait à titre préalable, la Cour considère que l'on ne se trouve pas dans une situation où l'issue de la procédure ne fait aucun doute. En outre, il s'agit non pas du versement de prestations courantes, dont la recourante pourrait avoir besoin dans le cadre de la couverture de ses besoins minimaux,

mais d'intérêts moratoires venant en sus des prestations usuelles. Par conséquent, l'intérêt de la recourante ne l'emporte pas sur celui de l'intimé.

Au vu de ce qui précède, la requête en mesures provisionnelles, intitulée « retrait de l'effet suspensif » par la recourante, ne peut être admise.

3. a) Aux termes de l'art. 2 al. 1 LPC, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent une des conditions prévues aux art. 2a à 2d doivent bénéficier de prestations complémentaires si les dépenses reconnues (art. 3b LPC) sont supérieures au revenu déterminant (art. 3c LPC). Le cercle de ces personnes comprend notamment celles qui ont droit à une demi rente ou à une rente entière de l'assurance invalidité (art. 2c lettre a LPC). Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 3a al. 1 LPC).

A teneur de l'art. 1 al. 1 LPCC, ont droit aux prestations complémentaires fédérales les personnes qui ont leur domicile effectif sur le territoire de la République et Canton de Genève et qui répondent aux conditions de la législation fédérale et de la législation cantonale relatives aux prestations fédérales complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants et à l'assurance invalidité.

En l'espèce, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000, R\_\_\_\_\_ s'est vue reconnaître le droit aux prestations complémentaires à sa rente d'assurance invalidité, son domicile à Genève ayant été reconnu.

Elle a ainsi obtenu rétroactivement dès le 1<sup>er</sup> juillet 2000 des prestations complémentaires fédérales, puis à compter de juillet 2002, des prestations complémentaires cantonales, sous forme de montants mensuels calculés en fonction de ses revenus et charges.

b) L'art. 20 lettre b LaLAMal, en parallèle avec l'art. 19 LaLAMal, prévoit que des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance maladie sont destinés aux assurés bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations d'assistance accordées par l'OCPA. L'art. 22 al. 6 LaLAMal prévoit en outre que lesdits bénéficiaires reçoivent un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1999, il incombait à l'OCPA de verser directement les subsides aux assurés et non au SAM. Dès cette date, vu le changement instauré par le législateur, les subsides ont été versés directement aux assureurs par le SAM, conformément au nouvel art. 29 al. 1 LaLAMal, l'OCPA devant établir annuellement, sur support informatique, à l'attention du SAM et des assureurs, les listes de personnes ayant droit aux subsides (nouvel art. 23A LaLAMal).

En effet, ainsi que cela ressort des débats sur les modifications législatives précitées (mémorial du Grand Conseil- MGC – 1998 28/IV page 3506 et ss), l'objet du projet de loi était précisément de modifier les modalités de paiement de subsides en organisant le versement direct aux assureurs maladies des primes d'assurance des bénéficiaires de l'OCPA, contrairement à ce qui prévalait auparavant, les bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI ayant toujours reçu jusqu'alors de l'OCPA à la fois leurs prestations complémentaires et la somme correspondant à leur prime d'assurance maladie.

c) En l'espèce, il apparaît très clairement, au vu des pièces déposées au dossier, que la caisse maladie de la recourante n'a facturé les primes d'assurance maladie de base (LAMal) selon les barèmes genevois, qu'à partir du mois de mars 2001. Dès cette date en effet, la prime d'assurance mensuelle de base s'élevait pour Genève, facturée par HELSANA, à 357,30 fr., risque accident inclus. Elle en a fait de même pour le mois d'avril 2001.

Le motif pour lequel il n'en a pas été de même à compter du mois de mai 2001, puisqu'à compter de ce mois c'est une somme de 277,30 fr. qui a été facturée pour la seule prime d'assurance maladie de base, ne ressort pas du dossier.

Le SPC ayant dûment informé le 30 mars 2007 le SAM du fait que la recourant était au bénéfice d'un subside de couverture totale de sa prime d'assurance maladie mensuelle à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000, on ne comprend pas à teneur des informations récoltées, pour quelle raison le SAM n'y a pas donné suite intégralement vis-à-vis de l'assureur ou pour quel motif ce dernier n'aurait pas facturé les primes réellement dues en fonction du domicile de la recourante, au SAM.

Quoi qu'il en soit, il est établi que l'assurance complémentaire (LCA) dont la recourante était bénéficiaire auprès de son assureur maladie a été résiliée en cours de contrat, du fait des arriérés de primes, particulièrement relatifs à l'assurance maladie de base.

En effet, la recourante a procédé au paiement de ses primes d'assurance complémentaire, certes avec du retard, jusqu'au mois d'avril 2001 inclus.

Selon les pièces, il semblerait que son assurance maladie ait résilié l'assurance complémentaire avec effet au 30 avril 2001.

Au vu de ce qui précède, les sommes versées par R\_\_\_\_\_ n'ont pas pu être prises en compte pour le paiement des primes d'assurance de base, ainsi que cette dernière le soutient. Il ressort au contraire des décomptes présentés par l'assureur que les montants relatifs au paiement de l'assurance complémentaire ont dûment été amortis par le biais de sommes qui n'ont pas été versées par le SAM, intervenu

de manière spontanée dès le mois d'août 2003, le premier versement ayant apparemment été opéré par ce service le 9 janvier 2004.

Cela étant, la seule prime d'assurance de base qui ait été amortie par l'assureur maladie au moyen d'un versement effectué par la recourante est celle qui est relative au mois de janvier 2001, à hauteur de 119,70 fr. pour la seule prime d'assurance de base (LAMal).

C'est l'assureur maladie de la recourante qui a effectué cette opération comptable et qui a encaissé le montant qui n'aurait pas dû être versé par la recourante, bénéficiaire de prestations complémentaires à sa rente invalidité, mais par le SAM.

Le SPC qui n'est pas lui-même débiteur du montant relatif aux primes d'assurance maladie de base, contrairement à SAM, ne pouvait dès lors pas prendre en considération les primes d'assurance valables sur le Canton de Genève, dans ses décisions attaquées, faute pour l'assureur maladie de les avoir facturées réellement.

Si à la suite d'une remise en conformité de la situation, l'assureur maladie venait à facturer les primes en vigueur sur le Canton de Genève à compter du mois de juillet 2000 au SAM, ceci entrainerait la possibilité pour la recourante de solliciter une reconsidération de cette décision par le SPC, relativement à la garantie de la couverture et aux montants de ses primes d'assurance de base intégralement facturées.

Toutefois, en l'état, la recourante ne peut s'adresser qu'à son assureur maladie, en ce qui concerne la somme indûment encaissée.

La Cour de céans n'a pas la compétence ni pour ordonner une rectification des décomptes, en sollicitant l'assureur maladie pour qu'il facture les primes valables sur le Canton de Genève pour la période litigieuse, ni pour condamner l'assureur maladie à rembourser les paiements effectués par la recourante en sus du versement des primes d'assurance complémentaire, dont elle restait seule débitrice jusqu'à sa résiliation.

Il ne saurait pas non plus être question de condamner le SPC à rembourser ces montants, puisqu'il ne les a pas lui-même encaissés et n'est par ailleurs pas débiteur, du versement des primes d'assurance, comme il l'a été rappelé ci-dessus.

Par ailleurs, le SPC ne pouvait pas faire autrement que de prendre en considération les derniers éléments connus relativement à la facturation des primes correspondant à l'assurance maladie de base pour la période litigieuse, selon la dernière information reçue du conseil de la recourante, lui-même

destinataire des attestations d'assurance établies le 19 décembre 2006 par HELSANA.

Ceci n'emporte aucun préjudice quant au droit de la recourante de se voir couvrir l'intégralité des primes d'assurance maladie de base qui seraient ultérieurement facturées par HELSANA, de manière rétroactive et pour autant que la prescription ne soit pas atteinte, pour la période litigieuse, auprès du SAM.

Quoi qu'il en soit, il appartient en l'état à la recourante de s'adresser à son assurance maladie, pour récupérer les montants qui lui semblent dus, versés en sus des primes d'assurance maladie de base qui devaient être prises en charge par le SAM et les prises d'assurance complémentaire dont elle était elle-même débitrice jusqu'à l'échéance du contrat, pour la période litigieuse.

Faute de légitimation passive du SPC sur ce point, la recourante doit être déboutée de ses conclusions relatives au remboursement des primes d'assurance maladie de base par le SPC.

4. a) La question des intérêts moratoires dus en vertu de l'art. 26 al. 2 LPGA sur la somme perçue rétroactivement au mois d'avril 2007 par la recourante, au titre de prestations complémentaires fédérales et cantonales à son assurance invalidité, à compter du mois de juillet 2000, a été tranchée par la décision sur opposition attaquée dans le cadre du présent recours.

La décision du SPC relative à cette question n'a par ailleurs pas été contestée par la recourante dans le cadre de la présente procédure.

b) L'objet du litige dans une procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui, dans le cadre de l'objet de la contestation déterminée par la décision, constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. 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 131 V 164 consid. 2.1, page 164 ; 125 V 413 consid. 1b et 2, page 414 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral rendu le 27 mars 2008 dans la cause 9C\_197/2007). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a, page 244 ; 117 V 294 consid. 2a, page 295 ; arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 27 mars 2008 dans la cause 9C\_197/2007).

Par sa décision sur opposition du 11 août 2009 – qui détermine l'objet de la contestation -, le SPC a statué sur différents rapports juridiques bien distincts, à savoir, d'une part, la question du remboursement des primes d'assurance maladie de base pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 31 décembre 2001, d'autre part, la question des intérêts moratoires, puis, la question du remboursement des frais dentaires pour les années 2001 à 2005 et enfin, sur la question du montant des prestations complémentaires valables à compter du mois de décembre 2007, particulièrement sur la fortune à prendre en compte dans le cadre du calcul y relatif.

Le recours formé par R\_\_\_\_\_ devant le Tribunal cantonal des assurances sociales ne portait que sur les première, troisième et quatrième questions, à l'exclusion de la deuxième, puisqu'elle avait obtenu satisfaction sur ce point. Dans la mesure où la décision litigieuse n'a pas été attaquée sur ce second point, elle est entrée en force à l'échéance du délai de recours. Faute de faits nouveaux permettant de reconsidérer sa position, il n'était dès lors pas loisible au SPC de revenir sur sa propre décision entrée en force, dans le cadre de la présente procédure de recours.

Au vu de ce qui précède, les intérêts moratoires concédés à hauteur de 8'194,75 fr. en faveur de la recourante par le SPC, lui sont dus.

5. La question relative au remboursement des frais dentaires pour les années 2001 à 2005 ayant également fait l'objet de la procédure parallèle enrôlé sous le numéro de cause A/3330/2009, elle ne sera pas traitée par la Cour dans le cadre du présent arrêt.

Ceci correspond par ailleurs à la volonté manifestée par les deux parties, dans leurs écritures respectives.

Faute d'intérêt à obtenir une décision sur ce point dans le cadre de la présente procédure, les parties seront renvoyées à l'arrêt notifié parallèlement au présent arrêt, dans la cause A/3330/2009.

6. S'agissant enfin de la question des prestations mensuelles dues en faveur de la recourante, à compter du mois d'avril 2007, force est de constater qu'aucune information justifiée par pièce, ni pièce nouvelle, n'a été apportée par la recourante, dans le cadre de la présente procédure, ni au SPC dans le cadre de la procédure sur opposition, suite à la décision rendue le 30 mars 2007.

Le litige a pour objet de déterminer si le calcul opéré par le SPC est erroné, en ce qui concerne la fortune retenue dans le cadre de ce calcul.

- a) Selon l'art. 3c LPC, les revenus déterminants comprennent notamment les ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative

(lettre a), le produit de la fortune mobilière et/ou immobilière (lettre b), un 1/15ème de la fortune nette ou 1/10ème pour les bénéficiaires de rente vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 25'000 fr. pour les personnes seules (lettre c), les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris els rentes de l'assurance vieillesse et survivants de l'assurance invalidité (lettre d), les ressources et la fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (lettre g).

A teneur de l'art. 10 LPCC, toutes pièces utiles concernant notamment les ressources et la fortune de l'intéressé doivent être fournies. Selon l'art. 11 LPCC, le bénéficiaire ou son représentant légal doit déclarer à l'office tout fait nouveau de nature à entraîner la modification du montant des prestations qui lui sont allouées ou leur suppression.

Selon l'art. 17 al. 1 OPC – AVS/AI, la fortune prise en compte doit être évaluée selon les règles sur la législation sur l'impôt cantonal direct du canton de domicile.

L'art. 25 al.1 lettre c OPC – AVS/AI prévoit que lors d'une importante augmentation des revenus ou de la fortune, sont déterminants les revenus nouveaux et durables, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient. La nouvelle décision porte effet au plus tôt dès le début du mois au cours duquel le changement intervient (art. 25 al. 2 lettre b OPC – AVS/AI).

En application de l'art. 17a al.1 et 2 OPC – AVS/AI, la valeur de la fortune au moment du dessaisissement doit être reportée telle quelle au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle du dessaisissement, pour être ensuite réduite chaque année de 10'000 fr.

L'art. 9 al. 1 LPCC prévoit que pour la fixation de la prestation sont déterminantes, les rentes, pensions et autres prestations périodiques de l'année civile en cours (lettre a), la fortune au 1<sup>er</sup> janvier de l'année pour laquelle la prestation est demandée (lettre b). En cas de modification importante des ressources ou de la fortune du bénéficiaire, la prestation est fixée conformément à la situation nouvelle (al. 3).

Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure du possible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de supporter les conséquences de l'absence de preuve, l'assurance sociale pouvant être amené à statuer en l'état, sur la base des preuves disponibles (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Ainsi, selon la jurisprudence, les diminutions de fortune demeurées inexplicables par celui qui prétend à une prestation complémentaire, en dépit de son devoir de collaborer à l'instruction de la cause, peuvent être tenues pour des dessaisissements de fortune au sens de l'art 3c al. 1 lettre g LPC (VSI 1995 page 176 consid. 2b, VSI 1994, page 226

consid. 4a et 4b). Cependant, l'administration devra compléter elle-même l'instruction de la cause s'il lui est possible d'élucider les faits sans complication spéciale, malgré l'absence de collaboration d'une partie (ATF 117 V 263 et ss consid. 3b ; 108 V 231 et ss ; arrêt B du 14 janvier 2003 en la cause K 123/01, résumé dans Responsabilité et assurance, HAVS/REAS 2003, page 156 ainsi que l'arrêt non publié H. du 31 juillet 2003, en la cause P 88/02 consid. 2 et 3).

6.2. En l'espèce, la recourante fait valoir qu'on ne peut tenir compte dans le cadre de sa fortune de l'important montant qu'elle a perçu rétroactivement au titre de prestations complémentaires fédérales et cantonale, en avril 2007, pour la période à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2000.

Cela étant, ainsi que l'a justement retenu l'intimé, ce montant rétroactivement perçu est venu augmenter son patrimoine, de sorte qu'il était impossible à l'intimé de ne pas le prendre en compte dans le cadre de l'établissement de ses revenus, au vu des dispositions légales susmentionnées.

Cela étant, la recourante a bénéficié d'une période relativement importante de temps écoulée entre l'opposition formée à la décision du 30 mars 2007 et la présente procédure de recours, pour justifier des dépenses qu'elle soutient avoir effectué au moyen du montant rétroactif perçu en avril 2007, afin de rembourser les dettes prétendument contractées pendant les 7 années durant lesquelles les prestations complémentaires ne lui avaient pas été versées.

Force est de constater que l'intimé lui avait fait savoir dans la décision sur opposition attaquée que la décision pourrait être venue, en fonction des pièces qui lui étaient toujours loïsibles de produire, afin de justifier des remboursements de dettes évoqués ci-dessus.

Les seuls retraits opérés sur le compte ouvert par l'ancienne mandataire de la recourante auprès de l'UBS et démontrant une diminution de la fortune en main de cet établissement bancaire ne permettent bien évidemment pas d'établir concrètement la diminution de fortune invoquée par la recourante à l'appui de ses conclusions.

En outre, lors de l'audience de comparution personnelle du 21 octobre 2010, la recourante qui faisait pourtant état d'avoir dû rembourser des amis qui l'avaient prétendument aidée durant la période pendant laquelle elle n'avait perçu que sa rente d'invalidité, a indiqué qu'elle n'entendait pas faire entendre lesdits amis par le Tribunal.

Enfin, elle a indiqué ne pas être en possession de justificatif au sujet des dettes qu'elle avait remboursées.

Pourtant, dans le courrier d'accompagnement aux décisions du 30 mars 2007, son attention avait dûment été attirée sur le fait qu'il lui appartenait de conserver les justificatifs des dépenses qu'elle effectuerait au moyen de l'important rétroactif qui allait lui être versé le mois suivant.

Au vu de ce qui précède, la Cour n'a pas d'autre choix que de considérer que la recourante s'est dessaisie du montant perçu rétroactivement au mois d'avril 2007 au titre de prestations complémentaires dues à compter du mois de juillet 2000, sans justification.

En conséquence, faute d'avoir démontré que la fortune retenue par l'intimé pour calculer son droit aux prestations était erronée, la recourante sera également déboutée de son chef de conclusions s'agissant des prestations complémentaires à percevoir à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007. Le calcul effectué par l'intimé est en effet exempt de reproche.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Préalablement :**

2. Rejette la requête visant le retrait de l'effet suspensif, au sens des considérants.

**Au fond :**

3. Rejette le recours.
4. Confirme la décision rendue sur opposition par le Service des prestations complémentaires le 11 août 2009.
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, conformément aux art. 82 et 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

La présidente suppléante

Isabelle CASTILLO

Laurence CRUCHON

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