

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3825/2011

ATAS/819/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2012

5ème Chambre

En la cause

Monsieur E_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEGEVAND Bruno

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. M. E _____, né en 1949 et marié depuis 1997, est au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente d'invalidité depuis de nombreuses années.
2. Le 12 octobre 2009, Maître PERRIN, notaire à Lausanne, a informé le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) que l'ayant droit allait recevoir un montant de 96'597 fr. dans le cadre de la succession de feu son père.
3. Après avoir contrôlé les avis de taxation de l'ayant droit, le SPC a recalculé les prestations complémentaires avec effet au 1^{er} août 2005, en tenant compte du bénéficiaire net de son épouse et de l'héritage reçu en octobre 2009, par décisions du 30 juin 2010.
4. Le 2 juillet 2010, il a réclamé à l'ayant droit la restitution de la somme de 101 fois 522 fr. pour la période du 1^{er} août 2005 au 30 juin 2010 et l'a informé que le droit aux prestations complémentaires était supprimé dès le 1^{er} juillet 2010.
5. Par courrier du 2 juillet 2010, l'ayant droit a formé opposition à ces décisions. Il a fait grief au SPC de ne pas avoir tenu compte de sa situation actuelle et d'avoir retenu des données erronées et incomplètes.
6. Après avoir demandé à l'ayant droit une déclaration de succession complète de feu son père, le SPC a constaté, dans son courrier du 13 octobre 2010 à l'ayant droit, qu'il n'avait toujours pas reçu les justificatifs nécessaires à la mise à jour de son dossier, et lui a fait savoir qu'il supprimait le versement des prestations complémentaires et des subsides d'assurance-maladie dès le 31 octobre 2010.
7. Par courrier du 11 novembre 2010, l'ayant droit a formé opposition à la décision du 13 octobre 2010, par l'intermédiaire de son conseil. Il a fait valoir être séparé de son épouse depuis de nombreuses années et n'avoir plus aucun contact avec celle-ci. Il a dès lors conclu au maintien des prestations complémentaires et du subside de son assurance-maladie.
8. Par décision du 12 octobre 2011, le SPC a admis partiellement l'opposition et n'a réclamé à l'ayant droit qu'un montant de 89'952 fr. à titre de prestations indûment perçues, en admettant que le montant retenu à titre de gain d'activité pour l'épouse était erroné. Toutefois, il a persisté à considérer que le droit aux prestations devait être évalué sur la base du barème pour personne mariée, dès lors que les époux n'étaient séparés ni pour l'Office cantonal de la population ni pour l'Administration fiscale. Puisqu'ils vivaient à une adresse commune, ils n'étaient donc séparés ni de droit ni de fait.
9. Par acte du 11 novembre 2011, l'ayant droit recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la constatation

qu'il est séparé de fait de son épouse depuis avant juillet 2004. Il demande le recalcul des prestations complémentaires sur la base du barème pour personne seule, sous suite de dépens.

10. Le 25 novembre 2011, le SPC invite le Service de l'assurance-maladie (ci-après: SAM) à supprimer le droit aux subsides de l'épouse de l'ayant droit dès le 1^{er} août 2005. Le SAM communique par ailleurs au SPC avoir versé des subsides pour celle-ci pour août à décembre 2005 d'un montant de 1'942 fr. 50, pour 2006 de 5'073 fr. 60, pour 2007 de 5'088 fr., pour 2008 de 5'028 fr., pour 2009 de 5'028 fr., pour 2010 de 5'252 fr. et du 1^{er} janvier au 30 novembre 2011 de 4'939 fr., ce qui représente un total de 32'351 fr. 10.
11. Invité à se déterminer sur le recours, l'intimé informe le 29 novembre 2011 la Cour de céans qu'il a reconsidéré sa décision sur opposition du 12 octobre 2011 et annexe à sa missive ses nouvelles décisions du 29 novembre 2011 concernant le recalcul des prestations à restituer, accompagnées des plans de calcul. L'intimé réduit sa prétention à 48'014 fr. 10 pour la période du 1^{er} août 2005 au 31 novembre 2011. Ce faisant, l'intimé accepte d'établir les prestations sur la base du barème pour personne seule, considérant que les époux sont séparés de fait. Il constate avoir payé pendant la période considérée au recourant la somme de 121'969 fr., alors que celui-ci n'aurait pu prétendre qu'à la somme de 106'306 fr. Il doit ainsi rembourser la différence de 15'663 fr. versée à tort. A cela s'ajoute les subsides de 32'351 fr. 10 versés à tort à son épouse.
12. Par courrier du 12 janvier 2011 (recte 2012), l'intimé explique au recourant comment il a calculé la somme de 121'969 fr. qui lui a été versée du 1^{er} août 2005 au 30 novembre 2011.
13. Le 23 janvier 2012, le SAM communique au recourant avoir fait savoir à son assureur-maladie INTRAS en date du 21 octobre 2009 que les primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins de l'année 2010 étaient garanties par l'Etat de Genève. Le 18 octobre 2010, suite à une demande du SPC, le SAM a informé INTRAS de la fin de la garantie de paiement de la prime, avec effet au 31 octobre 2010. Le 14 octobre 2011, il a informé INTRAS de la réouverture de la prise en charge de la prime 2010 avec effet au 1^{er} novembre 2010, y compris pour l'année 2011. Cela étant, le SAM confirme au recourant qu'il garantissait le paiement des primes 2010 et 2011. S'il s'avérait que le recourant avait payé directement les primes à sa caisse-maladie durant ces deux années, il pourrait en demander le remboursement.
14. Par écritures du 31 janvier 2012, le recourant fait valoir que la fortune prise en considération par l'intimé est erronée, dès lors que celle-ci s'est élevée au 31 décembre 2009 à 82'702 fr., au 31 décembre 2010 à 38'156 fr. 60 et au 31 décembre 2011 à 430 fr. 24. En ce qui concerne les subsides d'assurance-maladie, il s'en est

acquitté depuis le mois de juin 2010 au moyen de ses propres deniers. A l'appui de ses dires, il produit copie du livret de récépissés relatifs à ses paiements. Concernant le subside d'assurance-maladie versé pour son épouse, il admet être tenu de le rembourser. Toutefois, il fait valoir qu'aucun subside ne lui a été versé depuis le 1^{er} juin 2010, s'agissant de la couverture de ses propres primes d'assurance-maladie, de sorte que le montant des subsides d'assurance-maladie est erroné.

15. Le 1^{er} février 2012, le recourant transmet à la Cour de céans le courrier que le SAM lui a adressé le 23 janvier 2012 et allègue que ce document atteste qu'il n'a pas perçu de subsides depuis le mois de novembre 2010 et pour toute l'année 2011.
16. Le 21 février 2012, l'intimé fait valoir que le droit aux prestations et aux subsides de l'assurance-maladie avait été effectivement supprimé au 31 octobre 2010, par décision du 13 octobre 2010, mais réintroduit par décision sur opposition du 12 octobre 2011, rétroactivement au 1^{er} novembre 2010. Les subsides de 5'252 et de 4'939 fr. réclamés pour 2010 et 2011 concernent les subsides versés à tort à l'épouse. Quant à la diminution de l'épargne, l'intimé fait observer que ce grief est mentionné pour la première fois dans le cadre du recours, de sorte qu'il n'a pas pu se prononcer à ce sujet. Il estime ainsi que les conclusions y relatives sont irrecevables, tout en relevant qu'il a d'ores et déjà enregistré la demande de réexamen et qu'il s'y prononcera dans les meilleurs délais.
17. Par courrier du 21 février 2012 au recourant, l'intimé accuse réception des courriers du 13 et du 25 janvier 2012 de ce dernier, par lesquels il forme opposition à ses décisions du 29 novembre 2011, ainsi que de sa demande de réexamen du 31 janvier 2012. Il lui indique qu'il procèdera prochainement à un nouvel examen.
18. Par courrier du 7 mars 2012, le recourant demande à l'intimé son accord pour suspendre la présente cause, d'accord entre les parties, en attendant que ce dernier ait statué sur son opposition à la décision du 29 novembre 2011.
19. Le 15 mars 2012, le SPC informe le recourant que sa décision du 29 novembre 2011 a été prise en reconsidération de la décision dont est recours, de sorte qu'elle ne doit pas être contestée par la voie de l'opposition, mais doit l'être dans le cadre du recours. Cela étant, il n'y a pas lieu de suspendre la procédure judiciaire.
20. Le 19 mars 2012, le recourant fait valoir que les nouvelles décisions du 29 novembre 2011 n'ont pas vidé complètement le litige de son objet, dans la mesure où le SPC n'a pas pris en considération la diminution de sa fortune entre 2010 et 2011. Au vu de l'extension de la période sur laquelle porte le litige, ce grief doit être considéré recevable. Il relève en outre que l'intimé a fait fi du fait qu'il s'est acquitté personnellement des primes d'assurance-maladie depuis juin 2010. Il persiste ainsi dans ses conclusions.

21. Le 10 avril 2012, INTRAS informe la Cour de céans avoir reçu de la part du SAM un subside mensuel de 436 fr. 10 en 2010 et de 473 fr. en 2011 pour le recourant.
22. Par écritures du 11 mai 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions.
23. Dans ses écritures du 14 mai 2012, le recourant reconnaît avoir reçu le remboursement des primes versées par ses propres soins à son assurance-maladie durant la période de juin 2010 à décembre 2011. Concernant le subside d'assurance-maladie, il s'en remet ainsi à justice. Il persiste dans ses conclusions en ce que les décisions sur reconsidération du 29 novembre 2011 concernent les prestations complémentaires.
24. Sur ce, la cause a été gardée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006. Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Se pose en premier lieu la question de l'objet du litige.

a) L'art. 53 al. 3 LPGA dispose que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « *pendente lite* » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (cf. ATFA non publiés du 31 août 2004, I 497/03 ; voir aussi ATF 127 V 232 s. consid. 2b/bb). Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), le recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales a un effet dévolutif (al. 1^{er}) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2).

Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3). La décision prise « *pendente lite* » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237). Dans un arrêt non publié du 15 juin 2007 (I 115/06, consid. 2.1) appliquant l'art. 53 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette jurisprudence.

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

4. a) En l'espèce, la décision initiale dont est recours concerne la période comprise entre juillet 2005 et octobre 2010. Avant l'envoi de sa réponse, l'intimé a reconsidéré cette décision, en admettant que le droit aux prestations devait être calculé sur la base des barèmes applicables à une personne seule et a réduit ses conclusions à la restitution de la somme de 48'014 fr. Toutefois, il a modifié la période litigieuse et l'a étendue jusqu'en novembre 2011, tout en considérant qu'il n'y avait lieu ni d'entrer en matière sur le grief du recourant, selon lequel sa fortune avait diminué fin 2010, ni de former opposition aux nouvelles décisions, celles-ci faisant l'objet de la présente procédure.

En dépit de l'attitude contradictoire de l'intimé concernant l'extension du litige, celle-ci ne peut être admise en l'espèce. En effet, ce dernier ne s'est pas exprimé au sujet de la diminution de la fortune du recourant et il s'agit d'un nouveau grief qui concerne uniquement la période subséquente.

L'objet du litige ne pouvant être étendu, seule la période comprise entre juin 2005 et octobre 2010 est litigieuse.

b) Concernant cette période, l'intimé a admis, dans sa décision sur reconsidération du 29 novembre 2011, que les prestations soient calculées sur la base des barèmes pour une personne seule, et les a recalculées, ainsi que la somme à restituer sur cette base, conformément aux conclusions du recourant. Partant, ce grief est devenu sans objet, le nouveau calcul n'ayant pas été contesté par le recourant.

Le recourant a contesté en outre initialement avoir perçu le subside d'assurance-maladie, alors même que ce subside est pris en considération dans le calcul de

l'intimé. Toutefois, dans ses dernières écritures, il a abandonné ce grief. Ce fait est en tout état de cause confirmé par l'assureur-maladie.

Cela étant, il convient de constater que les nouvelles décisions du 29 novembre 2011, en ce qu'elles ont trait à la période faisant l'objet du litige, font entièrement droit aux conclusions finales du recourant, de sorte que le litige est devenu sans objet.

5. Le recourant ayant contesté son droit aux prestations pour 2011, il y a toutefois lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il statue, par une décision sur opposition, sur ce point.
6. Le recourant obtenant partiellement gain de cause par les décisions sur reconsidération prises *pendente lite*, une indemnité de 500 fr. lui est accordée à titre de dépens.

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

Statuant

1. Déclare le recours sans objet.
2. Renvoie la cause à l'intimé pour décision sur opposition à ses décisions du 29 novembre 2011 concernant le droit aux prestations à partir de 2011.
3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 500 fr. à titre de dépens.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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