

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4588/2009

ATAS/1116/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 3 novembre 2010

En la cause

Monsieur W _____, domicilié à MEYRIN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur W _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1923, est au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente de vieillesse versées par le Service des prestations complémentaires (ci-après SPC, ex-OCPA ou l'intimé). Son épouse Ruth W _____, née le 24 novembre 1918, vivait depuis le 8 octobre 1999 dans l'institution X _____
2. Suite au décès de Madame W _____, le 21 mars 2009, la Caisse interprofessionnelle AVS de la fédération des entreprises romandes - FER CIAM (ci-après la caisse) a procédé à un nouveau calcul de la rente AVS et, par décision du 7 avril 2009, a alloué à l'assuré une rente simple de vieillesse de 2'280 fr. dès le 1^{er} avril 2009.
3. Par décision du 9 octobre 2009, le SPC a repris le calcul des prestations complémentaires revenant à l'assuré et lui a réclamé la restitution du montant de 3'990 fr. représentant les prestations versées en trop pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 octobre 2009. Dès le 1^{er} novembre 2009, ses prestations complémentaires fédérales s'élèvent à 379 fr. par mois et les prestations cantonales à 516 fr.
4. Le 31 octobre 2009, l'assuré a formé opposition. Il conteste la restitution, de même que la fixation de ses prestations pour le futur. Il expose que lors de son séjour en Provence avec son épouse, il a été hospitalisé en urgence et opéré le 23 novembre 2008. Il est resté hospitalisé en France jusqu'au 13 juillet 2009, date à laquelle il a été rapatrié en ambulance à l'Hôpital Y _____ à Genève où il est resté hospitalisé jusqu'au 18 septembre 2009. Depuis lors, il est handicapé et en fauteuil roulant dans son appartement à Meyrin. Sa femme étant décédée en mars 2009, il est seul et tributaire de l'aide de tiers qu'il doit payer. Il explique qu'il n'a aucune fortune, ni épargne, qu'il doit de l'argent à des personnes qui l'ont aidé durant l'année difficile qu'il vient de passer ; les frais d'hôpital en France à sa charge sont de 6'730 euros, de même que les frais d'ambulance et les frais des obsèques de son épouse. Il invoque une situation financière difficile.
5. Par décision du 25 novembre 2009, le SPC a rejeté l'opposition du recourant, au motif que sa rente AVS avait augmenté de 570 fr. par mois depuis avril 2009, suite au décès de son épouse. Cette nouvelle situation a conduit à recalculer ses prestations depuis cette date, ce qui a conduit à une demande restitution de 3'990 fr., soit 7 x 570 fr. Pour le surplus, le SPC informait l'assuré qu'il lui était loisible de solliciter la division financière aux fins de convenir d'un arrangement de paiement.
6. L'assuré interjette recours le 17 décembre 2007 (recte : 2009). Il ne conteste pas la validité juridique de la décision, mais relève que le SPC n'a manifestement pas tenu

compte de sa situation de santé et de ses moyens financiers. Il lui est impossible de rembourser ce montant, eu égard aux dépenses qu'il a encourues les derniers mois, dont il liste le détail. Il rappelle qu'il est handicapé et qu'il vit seul.

7. Dans sa réponse du 25 janvier 2010, le SPC conclut au rejet du recours, rappelant que la nouvelle situation financière du recourant a eu pour conséquence un nouveau calcul des prestations. L'intimé relève au surplus que le recourant ne conteste pas la validité juridique de la décision, mais demande à être libéré de l'obligation de rembourser. La demande de remise ne pourra toutefois être examinée que lors que la décision de restitution sera entrée en force. L'intimé relève encore qu'un calcul séparé des prestations a été effectué depuis le 8 octobre 1999, date de l'entrée en EMS de l'épouse du recourant.
8. Par réplique du 4 février 2010, le recourant réitère qu'il se trouve dans une situation financière difficile, le SPC ne remboursant pas les frais médicaux.
9. Lors de l'audience du 21 avril 2010, à laquelle le recourant s'est excusé, l'intimé a précisé qu'il avait eu un échange de courrier avec la caisse en septembre 2009, mais il ignorait la date à laquelle la caisse avait rendu sa décision quant à la rente du recourant. Il s'est engagé à communiquer ce document au Tribunal.
10. Le 11 mai 2010, l'intimé a communiqué au Tribunal de céans copie de la décision rendue par la FER CIAM le 7 avril 2009. Dès le 1^{er} avril 2009, une rente simple de vieillesse de 2'280 fr. par mois a été allouée au recourant.
11. Par courrier du 26 mai 2010, le Tribunal a invité le recourant à produire divers documents justifiant la durée de son hospitalisation en France et son transfert en Suisse.
12. Le 2 août 2010, le recourant a transmis au Tribunal divers documents relatifs à son hospitalisation en France, du 11 décembre 2008 au 13 juillet 2009. Le 12 août 2010, le recourant a communiqué copie du rapport des HUG du 14 octobre 2009, attestant d'une hospitalisation du 13 juillet 2009 au 18 septembre 2009 dans le Service de médecine interne de réhabilitation.
13. Ces documents ont été communiqués à l'intimé. Dans ses dernières écritures du 25 août 2010, l'intimé a persisté dans ses écritures.
14. Après communication de l'écriture de l'intimé au recourant en date du 26 août 2010, la cause a été gardée à juger.
15. Le 1^{er} septembre 2010, le recourant a encore transmis au Tribunal une liste récapitulative de ses dépenses mensuelles et un certificat médical du Dr A_____, médecin traitant, pièces qui ont été adressées à l'intimé.

EN DROIT

1. La loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ en instance unique, sur les 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) 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). Il connaît également, en vertu de l'art. 56V al. 2 let. a LOJ, des 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.

Sur le plan matériel, la LPC du 19 mars 1965 a été remplacée par la LPC du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Dès lors que sont en principe applicables, du point de vue temporel, les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, et que le juge se fonde, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220), il y a lieu d'appliquer en l'espèce les dispositions de la LPC, dans sa nouvelle teneur, les faits déterminants étant postérieurs au 1^{er} janvier 2008. De même, sur le plan cantonal, les dispositions de la LPCC, teneur en vigueur au 31 décembre 2009, sont applicables.

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; cf. également 9 de la loi cantonale sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance invalidité du 14 octobre 1965 - LPFC, art. 43 LPCC).
4. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant est tenu de restituer le montant de 3'990 fr., suite au nouveau calcul des prestations effectué par l'intimé.
5. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LPC, la LPGA s'applique aux prestations versées en vertu du chap.2, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA.

Selon l'art. 25 LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. L'obligation de restituer prévue par l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA implique que soient remplies les conditions d'une

reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (cf. ATF 129 V 110 consid. 1.1 et les arrêts cités; DTA 2006 p. 158 [arrêt V. du 3 février 2006]).

A teneur de l'art. 3 OPGA, l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision. L'assureur indique la possibilité d'une remise dans la décision en restitution. Il décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies. L'art. 4 al. 1 et 2 OPGA prévoit 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. Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire.

b) Au niveau cantonal, l'art. 24 LPCC prévoit que 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. 14 du règlement d'application de la LPCC du 25 juin 1999 (RLPCC) 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). Dans sa décision en restitution, il indique la possibilité d'une demande de remise (al. 3). Lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies, le SPC décide, dans sa décision, de renoncer à la restitution (al. 4).

c) Aux termes de l'art. 25 al. 2 1^{ère} 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. Sur ce point, la réglementation prévue par la LPGA reprend, matériellement, le contenu des anciens art. 95 al. 4 1^{ère} phrase LACI et 47 al. 2 1^{ère} phrase LAVS notamment, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Selon la jurisprudence relative à ces dispositions, qu'il convient également d'appliquer à l'art. 25 al. 2 précité, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; ATFA non publié du 3 février 2006, C 80/05).

Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision, le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 124 V 380 ; ATFA non publié du 21 mars 2006, C 271/04, consid. 2.5).

6. En l'espèce, l'intimé a eu connaissance dans le courant du mois de septembre 2009 du nouveau calcul de la rente AVS du recourant, établi par la caisse dans sa décision du 7 avril 2009, suite au décès de l'épouse du recourant. Il s'agit-là indéniablement d'un fait important de nature à conduire à une appréciation juridique différente, mais qui a été découvert après coup, de sorte que l'on est en présence d'un motif de révision procédurale.

Cette modification dans la situation personnelle du recourant a entraîné un nouveau calcul des prestations, le nouveau montant de la rente AVS devant être pris en compte au titre des revenus déterminants, conformément à l'art. 11 al. 1 let. a LPC. Le nouveau calcul a entraîné une baisse des prestations complémentaires à compter du 1^{er} avril 2009 et, par conséquent, à une demande de restitution des prestations versées en trop pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 octobre 2009. Il convient de rétablir l'ordre légal.

Partant, l'intimé était en droit de procéder à révision et de réclamer la restitution des prestations versées en trop, étant relevé que l'intimé a respecté le délai d'un an dès la connaissance du fait.

Le recourant ne conteste pas d'ailleurs la validité de cette décision, mais invoque l'impossibilité de rembourser, eu égard à sa situation financière particulièrement difficile. Il sollicite ainsi la remise de l'obligation de restituer. A cet égard, le Tribunal de céans relève que la décision de restitution prise par l'intimé ne comporte pas la mention de la possibilité de demander la remise, ce en violation de la règle de procédure prévue à l'art. 3 al. 2 OPGA. La remise fait l'objet d'une procédure distincte. Il appartiendra à l'intimé de statuer sur la demande de remise formulée par le recourant, dès l'entrée en force de la présente décision.

7. Le recourant demande à ce que l'intimé tienne compte, dans ses calculs, de son statut d'invalidé et des dépenses que son état de santé entraîne.

Selon l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis :

- a. frais de traitement dentaire ;
- b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires ;

- c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin ;
- d. frais liés à un régime alimentaire particulier ;
- e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche ;
- f. frais de moyens auxiliaires ;
- g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal.

Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs à 25'000 francs pour les personnes seules ou veuves (cf. art. 14 al. 3 LPC ; art. 2 al. 1 let. c) LPCF et art. 6 RPCC).

La décision dont est recours ne concerne pas la prise en compte de frais médicaux. Il incombe au recourant d'adresser régulièrement à l'intimé les décomptes originaux de prestations de sa caisse-maladie, ainsi que toutes autres factures relatives à des frais médicaux dont il entend demander le remboursement. Ceci fait, l'intimé rendra des décisions concernant les frais médicaux du recourant.

- 8. Le recours contre la décision de restitution, mal fondé, est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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