

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1773/2012

ATAS/754/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 juillet 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame V _____, domiciliée à ONEX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 22 août 2003, Madame W_____ (ci-après : l'intéressée ou la bénéficiaire) a déposé une demande de prestations complémentaires (fédérales et cantonales) à sa rente de vieillesse.
2. Par plusieurs décisions de l'OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES (OCPA, devenu depuis lors le SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, ci-après : le SPC ou l'intimé), l'intéressée a été mise au bénéfice d'un subside de l'assurance-maladie couvrant intégralement ses cotisations d'assurance-maladie. Outre le subside précité, l'intéressée a également bénéficié du remboursement de ses frais médicaux.
3. La bénéficiaire est décédée le 6 novembre 2010.
4. Par décision du 18 novembre 2010, le SPC a informé la succession de la bénéficiaire que le droit aux prestations et au subside d'assurance-maladie s'interrompait le 30 novembre 2010.
5. Le 3 décembre 2010, le SPC a sollicité du Service des successions une copie de la déclaration de succession concernant la bénéficiaire.
6. Par courrier du 3 décembre 2010, le SPC a sollicité auprès de Madame V_____, la fille de la bénéficiaire (ci-après : la fille de la bénéficiaire), une copie des attestations fiscales ainsi que des relevés des comptes bancaires concernant les années 2005 à 2010.
7. Le 7 décembre 2010, la fille de la bénéficiaire a transmis au SPC les documents demandés.
8. Le 25 janvier 2011, le SPC a informé la fille de la bénéficiaire qu'il n'avait, provisoirement, pas de prétention à faire valoir au passif de la succession de la bénéficiaire. Il relevait cependant que cette dernière lui avait déclaré un compte ouvert auprès du Crédit suisse, non reporté sur la déclaration de succession. Partant, il sollicitait la production des relevés bancaires relatifs au compte précités, faisant ressortir le capital et les intérêts à la fin des années 2004 à 2009, arrêtés au jour du décès ou, en cas de clôture, une copie de l'avis idoine.
9. Par courrier du 11 février 2011, la fille de la bénéficiaire a transmis au SPC les pièces demandées.
10. Le 14 mars 2011, le Service des successions a remis au SPC la déclaration de succession en sa possession.

11. Par décision du 19 avril 2011, le SPC a sollicité la restitution des subsides de l'assurance-maladie pour un montant total de 25'018 fr. 60 soit 369 fr. 80 pour l'année 2005, 4'917 fr. 60 pour 2006, 4'953 fr. 60 pour 2007, 4'953 fr. 60 pour 2008, 5'028 fr. pour 2009 et 4'794 fr. pour 2010.
12. Le 19 avril 2011 également, le SPC a notifié à la fille de l'assurée les nouvelles décisions portant sur les prestations complémentaires et les subsides d'assurance-maladie auxquels l'assurée pouvait réellement prétendre du 1^{er} décembre 2005 au 30 novembre 2010. Selon les décisions en question et les plans de calculs annexés, l'assurée ne pouvait prétendre ni à des prestations complémentaires ni à des subsides de l'assurance-maladie.

Selon le courrier d'accompagnement daté du même jour, le SPC expose que suite à la mise à jour de la rente et de la fortune mobilière, la bénéficiaire perdait complètement son droit au subside alloué du 1^{er} décembre 2005 au 30 novembre 2010, soit 25'018 fr. A cela s'ajoutait 2'872 fr. 20 qui avaient été remboursés au titre de frais médicaux. En définitive, le SPC faisait valoir un montant total de 27'890 fr. 80 au passif de la succession de la bénéficiaire.

13. Le 1^{er} mai 2011, la fille de la bénéficiaire s'est opposée aux décisions du 19 avril 2011, indiquant qu'elle n'avait pas perçu la somme mentionnée. En annexe à cette opposition figuraient des relevés du compte UBS à la date du décès de la bénéficiaire ainsi que diverses factures concernant les suites de ce décès.
14. Par décision du 10 mai 2012, le SPC a partiellement admis l'opposition précitée, ramenant sa demande de restitution à 20'161 fr. afin de tenir compte des montants que la fille de la bénéficiaire a eu à déboursier suite au décès de sa mère. Il a relevé que sur la déclaration de succession ne figure qu'un solde de 353 fr. 65 sur le compte UBS, montant qui a été ajouté au montant de 19'808 fr. 30 représentant le solde un mois avant le décès.
15. Par écriture du 7 juin 2012, complétée le 31 juillet 2012, la fille de la bénéficiaire (ci-après : la recourante) a interjeté recours auprès de la Cour de céans, rappelant que sa mère n'avait jamais perçu en espèces des prestations des assurances sociales, seule sa prime d'assurance-maladie ayant été prise en charge, par le biais d'un versement directement en mains de MUTUEL ASSURANCES. Par ailleurs, lorsque le SPC (ci-après : l'intimé) avait admis la prise en charge des primes d'assurance-maladie, il s'était basé sur le RDU et la déclaration d'impôts. Avant son décès, l'assurée avait demandé à sa fille de retirer le montant de 19'808 fr. 30 du compte ouvert auprès du CREDIT SUISSE, ce qui fût chose faite le 7 octobre 2010, afin de se montrer reconnaissante envers les personnes dévouées à son égard durant sa maladie. Quant au montant déposé sur le compte UBS, 10'000 fr. avaient été prélevés et versés au bénéfice des deux petits-enfants de la bénéficiaire (à concurrence de 5'000 fr. chacun). Le solde avait été utilisé pour payer les loyers de

son appartement pour les mois de novembre 2010 à janvier 2011, pour le déménagement et les diverses factures impayées. Si le montant réclamé devait effectivement être remboursé à l'intimé, la recourante sollicitait une modification des impôts afin d'en tenir compte.

16. Dans sa réponse du 23 août 2012, l'intimé a persisté dans les termes de sa décision sur opposition.
17. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 10 octobre 2012.

Entendue à cette date, la recourante a expliqué que sa mère ne faisait plus ses paiements. Un mois avant son décès, elle lui avait demandé de fermer son compte ouvert au CREDIT SUISSE sur lequel figuraient environ 19'000 fr. A la demande de sa mère, elle avait donné 5'000 fr. à chacun de ses petits-enfants; elle ne savait pas comment sa mère avait distribué le reste. L'un des petits-enfants, le fils de la recourante, avait utilisé l'argent pour se marier. La recourante ignorait ce que son neveu avait fait du montant versé. Sa mère recevait ses rentes AVS et LPP sur le compte UBS. Au jour du décès, il restait une somme de 12'981 fr. 40 qui a été utilisée pour divers paiements (factures, loyer, etc.).

Quant à l'intimé, il a expliqué qu'il avait ajouté le montant de 353 fr. aux 19'000 fr. précités. Il a admis que la mère de la recourante avait déclaré ses comptes ainsi que sa rente LPP. Cependant, lorsqu'il avait repris le calcul, il avait constaté une augmentation de la fortune et des rentes LPP, ce qui avait entraîné la suppression du droit au subsidé LAMal. Il avait repris les calculs et réclamé la restitution depuis le 1^{er} décembre 2005, soit cinq ans avant le décès, toute en reconnaissant que la décision datait du mois d'avril 2011. L'intimé a déposé à la procédure copie de la déclaration de succession qui lui a été communiquée par l'administration fiscale en date du 13 mars 2011.

18. Par écritures du 24 octobre 2012, l'intimé a persisté dans son calcul du délai de prescription, considérant que le délai de cinq ans avait commencé à courir dès le décès, dès lors que c'était cet événement qui avait déterminé la date de révision. Il considérait, en outre, que la prise en considération d'un montant de 18'808 fr. 30 était conforme au droit dès lors que les versements effectués en faveur des petits-enfants et de l'amie de la bénéficiaire constituaient des libéralités entre vifs qui étaient rapportables à la succession. Partant, le SPC concluait au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.
19. Dans sa duplique du 1^{er} novembre 2012, la recourante rappelle tout d'abord que sa mère n'avait jamais perçu de montant en espèces, dès lors qu'il s'agissait d'une prise en charge de ses primes d'assurance-maladie. Elle considère en outre que l'intimé se devait de recueillir les renseignements dont il avait besoin afin de forger sa décision quant à la prise en charge d'une quelconque prestation et se demande

comment ce service pouvait justifier la prise en charge des primes d'assurance-maladie depuis 2003 sachant que sa défunte mère possédait déjà, à cette époque, un montant de 15'400 fr. déposé sur son compte bancaire. Par ailleurs, la recourante se demande si l'intimé n'était pas tenu de se baser sur le RDU et la déclaration d'impôts pour se prononcer et valider une décision.

20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30) et à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). 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 du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25). Enfin, elle est également compétente pour statuer sur

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

2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales (art. 1 al. 1 LPC) ainsi qu'en matière d'assurance-maladie (art. 1 LAMal) à moins qu'il n'y soit expressément dérogé, ce qui est notamment le cas en cas de réduction de primes au sens de l'art. 65 LAMal. La LPGA est également applicable en matière de prestations complémentaires cantonales (art. 1A let. b LPCC).

3. En matière de prestations complémentaires fédérales et de subsides de l'assurance-maladie, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1^{er} LPGA ; voir également art. 9e de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPCF] et art. 36 de loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit.

Interjeté dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la demande en restitution de subsides d'assurance-maladie et de frais médicaux à hauteur de 20'161 fr., singulièrement sur le calcul du montant réclamé.
5. Préalablement, la recourante se demande si l'intimé n'est pas tenu de se fonder sur le RDU et la déclaration d'impôts pour déterminer le droit au subside d'assurance-maladie d'un requérant.

a) Le système genevois prévoit deux types de subsides :

- Le subside « partiel » d'assurance-maladie, compris entre 30 et 80 fr., qui vise des assurés de condition modeste (qui ont un salaire, ou des indemnités de chômage, ou une rente AI, mais qui ne peuvent pas prétendre à des prestations complémentaires en raison d'un excédent de ressources) et qui est directement versé à l'assurance-maladie. Ce subside partiel, qui dépend du revenu déterminant unifié (RDU), permet une réduction de la prime à la charge de l'assuré.
- Le subside « total » d'assurance-maladie couvre l'intégralité des primes d'assurance-maladie des bénéficiaires de prestations complémentaires versées par le SPC. Il est également directement versé à l'assurance-maladie. Le subside « total » dépend ainsi du droit aux prestations complémentaires.

b) En l'espèce, la mère de la recourante a demandé des prestations complémentaires en date du 22 août 2003. C'est donc dans le cadre de l'examen de son droit à de telles prestations que s'inscrit le subside « total » litigieux, raison pour laquelle l'intimé n'avait pas à se fonder sur le RDU et la déclaration d'impôts.

6. Cela étant précisé, il y a désormais lieu d'expliquer le système des prestations complémentaires.

a/aa) Au niveau fédéral, l'art. 2 al. 1 LPC dispose que la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux. Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC).

Selon l'art. 11 LPC (art. 3c LPC, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, cité ci-après : aLPC), les ressources comprennent notamment le produit de la fortune mobilière (let. b), un dixième de la fortune nette, dans la mesure où elle dépasse 25'000 fr. (37'500 fr. depuis le 1^{er} janvier 2011) (let. c), les rentes, pensions et autres prestations périodiques y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d).

Quant aux dépenses, elles comprennent notamment, selon l'art. 10 al. 1 LPC (art. 3b aLPC), les montants destinés à la couverture des besoins vitaux (let. a), le loyer

d'un appartement et les frais accessoires y relatifs pour un montant maximal de 13'200 fr. pour une personne seule (let. b) ainsi que le montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins, correspondant au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise) (art. 10 al. 3 let. d LPC, art. 3b al. 3 let. d aLPC).

a/bb) Jusqu'en 1995, les primes d'assurance-maladie effectivement dues pouvaient être déduites des revenus conformément à l'art. 3 al. 4 let. d LPC, en relation avec l'art. 19 al. 1 OPS-AVS/AI dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 1995. Avec l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, les assurés de condition modeste pouvaient bénéficier d'une réduction de primes conformément à l'art. 65 LAMal. Comme la LPC prévoyait également une prestation pour la couverture des primes d'assurance-maladie des assurés de condition modeste, il y avait un risque que lesdites primes soient doublement couvertes. Ces problèmes de coordination ont dans un premier temps été résolus en donnant la priorité aux prestations dues en application de la LAMal ce qui a eu pour conséquence l'abrogation, dans la LPC, de la possibilité de déduire les primes d'assurance-maladie du revenu déterminant. Les prestations complémentaires versées ont ainsi fortement chuté, ce qui a toutefois entraîné de graves conséquences pour certains bénéficiaires, raison pour laquelle la déductibilité des primes d'assurances-maladie a été réintroduite lors de la 3^e révision de la LPC, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998.

a/cc) Comme indiqué précédemment, à teneur de l'art. 10 al. 3 let. d LPC la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie pour le canton en question doit être prise en considération à titre de dépense. La part des prestations complémentaires qui couvre cette dépense ne peut être qualifiée de prestation complémentaire ordinaire dès lors qu'elle correspond, en réalité, à une réduction de primes individuelle. Cette qualité ressort également de l'art. 26 OPC-AVS/AI qui précise que les bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit, ainsi que de l'art. 54a al. 1 OPC-AVS/AI (CARIGIET / KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2009, p. 88 ; JÖHL, *Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 2^eme éd., 2007, n° 152 et ss, p. 1737 ss).

Dans un tel cas, la coordination voudrait que le SPC ne verse pas de prestation complémentaire mais uniquement une réduction de prime ou en d'autres termes un subside. Cette manière de procéder a été confirmée par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt non publié du 29 octobre 2001, dans lequel il a jugé que dans la mesure où le recourant ne devait pas s'acquitter personnellement de ses cotisations à l'assurance-maladie, dès lors qu'il bénéficiait de subsides mensuels versés directement à son assureur pour être intégralement déduit de ses primes, il ne saurait revendiquer le paiement, en sa faveur, d'une somme équivalente à ses

cotisations, par le biais des prestations complémentaires (ATFA non publié P 22/01 du 29 octobre 2001, consid. 2).

b) Au niveau cantonal, le système est le suivant.

Les personnes domiciliées à Genève, dont le revenu annuel déterminant n'atteignait pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable ont droit aux prestations complémentaires cantonales (art. 4 LPCC). Jusqu'au 31 décembre 2007, la LPCC détaillait tant le revenu déterminant que les dépenses qui devaient être déduites. Ainsi, le revenu déterminant comprenait notamment le produit de la fortune, tant mobilière qu'immobilière (let. b), un huitième de la fortune nette, ou un cinquième pour les personnes âgées, après déduction de 25'000 fr. pour les personnes seules (let. c), les rentes de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité (let. d), les prestations complémentaires fédérales (let. e) et les rentes, pensions et autres prestations périodiques (let. f). De ce revenu déterminant, étaient notamment déduits les dépenses suivantes : le loyer d'un appartement, y compris les frais accessoires (let. a) et les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion de l'assurance-maladie (let. e).

Depuis le 1^{er} janvier 2008, la LPCC renvoie à la LPC en ce qui concerne le revenu déterminant (avec quelques ajustements) et les dépenses déductibles. Depuis cette date, les primes de l'assurance-maladie doivent ainsi être prises en considération dans le calcul des prestations complémentaires cantonales.

Conformément à l'art. 15 al. 1 LPCC, le montant annuel de la prestation complémentaire cantonale correspond à la part des dépenses reconnues qui excède le revenu annuel déterminant de l'intéressé.

7. A Genève, en pratique, la dépense relative aux primes d'assurance-maladie est prise en charge par le SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE (SAM), sous la forme d'un subside pour le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Ce système reste conforme à l'art. 10 al. 3 let. d LPC (voir JÖHL, *op.cit.*, n° 152 p. 1737 ss). L'art. 22 al. 6 LaLAMal prévoit ainsi que les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur.

Concrètement, l'intimé procède au calcul des dépenses du bénéficiaire sans prendre en considération les primes d'assurance-maladie, puis il admet le droit au subside en fonction du montant de l'excédent de ressources, afin que le SAM dispose de la possibilité de payer directement la somme due à l'assurance (ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012, consid. 9a). Selon cette pratique, les assurés ont droit à la couverture de leur prime d'assurance-maladie, à concurrence du maximum de la prime moyenne si, malgré l'absence du droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle

moyenne d'assurance-maladie, dès lors que cette prime n'est pas prise en compte au titre de dépenses par l'intimé (ATAS/262/2011 du 17 mars 2011 consid. 5f). Ils ont également droit au remboursement des frais de maladie.

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

La détermination du droit aux prestations devrait en réalité être effectuée en deux étapes :

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

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

8. a) En l'espèce, l'intimé a calculé le droit aux prestations complémentaires de la mère de la recourante en ne prenant pas en considération les primes d'assurance-maladie. Dans la mesure où l'excédent de ressources (dans le cadre du calcul des prestations cantonales) ne permettait pas de couvrir la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie, un droit au subside a cependant été reconnu.

La Cour de céans ne saurait cependant procéder de la même manière que l'intimé dans la mesure où la loi prévoit expressément qu'il y a lieu de prendre en considération les primes d'assurance-maladie à titre de dépenses lors du calcul des prestations complémentaires fédérales (PCF) et, depuis le 1^{er} janvier 2008, des prestations complémentaires cantonales (PCC).

- b) Pour l'année 2005, l'intimé a procédé au calcul suivant (voir décision du 3 janvier 2005) :

	PCF	PCC
Dépenses reconnues		
Besoins/forfait	17'640.00	23'477.00
- Loyer net	13'200.00	13'200.00
Total dépenses reconnues	30'840.00	36'677.00
Revenu déterminant		
Prestations de l'AVS	20'148.00	20'148.00
Fortune (14'233.70)	0.00	0.00
Produit de la fortune (165.05)	165.05	165.05
Rente LPP (20'949.60)	20'949.60	20'949.60
total revenu déterminant	41'263.00	41'263.00
Dépenses reconnues - revenu déterminant	-10'423.00	- 4'586.00

Cependant, si l'intimé avait procédé au calcul tel que prévu par les dispositions légales applicables, il aurait constaté que les ressources de la mère de la recourante permettaient de couvrir toutes les dépenses, y compris la prime d'assurance-maladie moyenne, dès lors que celle-ci n'entrait pas en considération dans le calcul des prestations complémentaires cantonales :

	PCF	PCC
Dépenses reconnues		
Besoins/forfait	17'640.00	23'477.00
Loyer net	13'200.00	13'200.00
Primes d'assurance-maladie	4'932.00	
Total dépenses reconnues	35'772.00	36'677.00
Revenu déterminant		
Prestations de l'AVS	20'148.00	20'148.00
Fortune (14'233.70)	0.00	0.00
Produit de la fortune (165.05)	165.05	165.05
Rente LPP (20'949.60)	20'949.60	20'949.60
total revenu déterminant	41'263.00	41'263.00
Dépenses reconnues - revenu déterminant	-5'490.00	- 4'586.00

La prise en considération des montants actualisés des ressources ne modifie en rien l'appréciation précitée dès lors que, comme cela ressort du tableau ci-dessus, même avec les montants erronés pris en considération, la mère de la recourante n'aurait pas dû bénéficier de prestations complémentaires et, par voie de conséquence, d'un subside de l'assurance-maladie.

Il en va de même pour les années 2006 et 2007.

b) La situation est différente dès 2008. En effet, dès cette année, les primes d'assurance-maladie devaient être prises en considération lors du calcul des prestations complémentaires cantonales.

Ainsi, le SPC n'a pas erré lorsqu'il a reconnu le droit aux prestations complémentaires de la mère de la recourante au vu des chiffres disponibles en 2008, 2009 et 2010.

b/aa) En 2008, la situation de la mère de la recourante se présentait de la manière suivante :

	Montants erronés		Montants effectifs	
	PCF	PCC	PCF	PCC
Dépenses reconnues				
Besoins/forfait	18'140.00	24'906.00	18'140.00	24'906.00
Loyer net	13'200.00	13'200.00	13'200.00	13'200.00
Primes LAMal	5'028.00	5'028.00	5'028.00	5'028.00
Total dépenses	36'368.00	43'134.00	36'368.00	43'134.00
Revenu déterminant				
Prestations de l'AVS	21'360.00	21'360.00	20'712.00 ²	20'712.00 ²
Fortune	0.00 ¹	0.00 ¹	248.35 ³	496.75 ³
Produit de la fortune	165.05	165.05	156.40	156.40
Rente LPP	20'949.60	20'949.60	22'240.80	22'240.80
total revenu	42'475.00	42'475.00	43'357.55	43'605.95
Dépenses reconnues - revenu déterminant	- 6'107.00	659.00	- 7'637.55	- 471.95

¹ La fortune prise en considération dans la décision initiale était à l'évidence de 14'233 fr.70. Elle était ainsi nulle après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr.

² Le montant des prestations de l'AVS s'élève à 20'712 fr. selon l'avis de taxation relatif à l'année 2008.

³ La fortune effective était de 27'483.70. Après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr., elle s'élevait encore à 2'483.70.

En prenant en considération les montants erronés qui lui avaient été transmis, l'intimé était en réalité arrivé à la conclusion que la mère de la recourante avait droit à des prestations complémentaires cantonales annuelles de 584 fr. 60 ainsi qu'à un subside de l'assurance-maladie couvrant intégralement ses primes d'assurance-maladie (art. 22 al. 6 LaLAMal) et à la prise en charge de ses frais de maladie (art. 3 al. 4 LPCC). Dans les faits, la dépense liée aux primes d'assurance-maladie était prise en charge par le SAM sous la forme du subside précité, raison pour laquelle aucune prestation complémentaire cantonale n'avait été versée.

Dans la mesure où, comme cela ressort du tableau susmentionné, les ressources effectives de la mère de la recourante lui auraient en réalité permis de couvrir ses dépenses, elle n'avait pas droit à des prestations complémentaires et, par voie de conséquence, à la couverture intégrale de ses primes d'assurance-maladie (jusqu'à

concurrence de la prime cantonale moyenne) ni au remboursement des frais de maladie.

b/bb) En 2009 et 2010, la situation était identique à celle prévalant en 2008 :

2009	Montants erronés		Montants effectifs	
	PCF	PCC	PCF	PCC
Dépenses reconnues				
Besoins/forfait	18'720.00	24'906.00	18'720.00	24'906.00
Loyer net	13'200.00	13'200.00	13'200.00	13'200.00
Primes LAMal	5'028.00	5'028.00	5'028.00	5'028.00
Total dépenses	36'948.00	43'134.00	36'948.00	43'134.00
Revenu déterminant				
Prestations de l'AVS	21'360.00	21'360.00	21'360.00	21'360.00
Fortune	0.00 ¹	0.00 ¹	385.70 ²	771.40 ²
Produit de la fortune	165.05	165.05	279.10	279.10
Rente LPP	20'949.60	20'949.60	22'240.80	22'240.80
total revenu	42'475.00	42'475.00	44'266.00	44'651.00
Dépenses reconnues - revenu déterminant	- 5'527.00	659.00	- 7'318.00	- 1'517.00

¹ La fortune prise en considération dans la décision du 12 décembre 2008 était de 14'233 fr.70. Elle était ainsi nulle après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr.

² La fortune effective était de 28'857 fr.10. Après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr., elle s'élevait encore à 3'857 fr.10.

2010	Montants erronés		Montants effectifs	
	PCF	PCC	PCF	PCC
Dépenses reconnues				
Besoins/forfait	18'720.00	24'906.00	18'720.00	24'906.00
Loyer net	13'200.00	13'200.00	13'200.00	13'200.00
Primes LAMal	5'232.00	5'232.00	5'232.00	5'232.00
Total dépenses	37'152.00	43'338.00	37'152.00	43'338.00
Revenu déterminant				
Prestations de l'AVS	21'360.00	21'360.00	21'360.00	21'360.00
Fortune	0.00 ¹	0.00 ¹	392.15 ²	784.30 ²
Produit de la fortune	165.05	165.05	159.15	159.15
Rente LPP	20'949.60	20'949.60	22'308.00	22'308.00
total revenu	42'475.00	42'475.00	44'611.00	44'611.00
Dépenses reconnues - revenu déterminant	- 5'323.00	863.00	- 7'459.00	- 1'273.00

¹ La fortune prise en considération dans la décision du 11 décembre 2009 était de 14'233 fr.70. Elle était ainsi nulle après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr.

² La fortune effective était de 28'921 fr.45. Après déduction des deniers de nécessité de 25'000 fr., elle s'élevait encore à 3'921 fr. 45.

9. Comme indiqué précédemment, la mère de la recourante n'avait pas droit à la couverture intégrale de ses primes d'assurance-maladie. Reste cependant à déterminer si elle pouvait bénéficier de la couverture partielle desdites primes.

a) Selon l'art. 20 LaLAMal, sous réserve des exceptions prévues par l'article 27, les subsides sont notamment destinés aux assurés de condition économique modeste (let. a). A l'exception des assurés visés par l'article 20, alinéas 2 et 3 le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par le Conseil d'Etat (art. 21 LaLAMal). Aux termes de l'art. 22 al. 1 et 2 LaLAMal, le montant des subsides est fixé par le Conseil d'Etat et il dépend du revenu au sens de l'article 21 et des charges de famille assumées par l'assuré. Il peut être différent pour les enfants et les adultes.

b) Selon l'art. 10A du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : le règlement) abrogé le 31 décembre 2006, le revenu déterminant au sens de l'art. 21 LaLAMal précité est égal au revenu annuel net déterminant le taux d'impôt sur le plan des impôts cantonaux et communaux, augmenté d'un quinzième de la fortune nette. Est considérée comme fortune nette, la fortune nette déterminant le taux d'impôt.

Depuis le 1er janvier 2007, le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales, du 19 mai 2005 (LRD; RS J 4 06).

L'art. 12 LRD prévoit trois types de prestations, à savoir les prestations catégorielles (let. a), les prestations de comblement (let. b) et les prestations tarifaires (let. c), le subside de l'assurance-maladie correspondant à la catégorie des prestations catégorielles (art. 13 LRD).

Pour les prestations catégorielles selon l'art. 12 let. a LRD, le revenu déterminant est établi sur la base des éléments retenus par l'administration fiscale cantonale pour la taxation définitive connue au 31 décembre précédant l'année d'ouverture du droit à la prestation et portant sur les revenus réalisés deux ans avant l'année d'ouverture du droit à la prestation (art. 2 et 2A du règlement d'exécution de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales du 6 décembre 2006 ; RS J 4 06.01 RRD).

Selon l'art. 8 LRD, le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales est égal au revenu calculé en application des articles 4 et 5 LRD, augmenté d'un quinzième de la fortune calculée en application des articles 6 et 7 LRD.

A teneur de l'art. 4 LRD, le revenu déterminant comprend notamment le rendement de la fortune mobilière (let. d), les prestations provenant de la prévoyance et d'assurances et tout autre revenu périodique (let. f), toutes les prestations sociales (let. h) et les revenus perçus en vertu des législations fédérale et cantonale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (let. i), dont à déduire, selon l'art. 5LRD, certains montants, non pertinents en l'espèce. Quant à la fortune prise en compte, elle comprend notamment l'argent comptant, les

dépôts dans les banques, les soldes de comptes courants ou tous titres représentant la possession d'une somme d'argent (let. c), dont à déduire certains montants non pertinents en l'espèce.

c) L'art. 10B du règlement prévoit que le revenu annuel déterminant ne doit pas dépasser les montants suivants :

	2005	2006	2007 - 2010
a) Groupe A			
assuré seul, sans charge légale	13'000.-	13'000.-	18'000.-
couple, sans charge légale	19'000.-	19'000.-	29'000.-
b) Groupe B			
assuré seul, sans charge légale	25'000.-	23'000.-	29'000.-
couple, sans charge légale	38'000.-	35'000.-	47'000.-
c) Groupe C			
assuré seul, sans charge légale	35'000.-	30'000.-	38'000.-
couple, sans charge légale	50'000.-	45'000.-	61'000.-

10. En l'espèce, selon les avis de taxation, le droit aux prestations sociales (RDU) établies par le Centre de calcul du RDU, transmis par la recourante, le revenu déterminant était le suivant :

Année	Revenu annuel déterminant	Montant à ne pas dépasser
2005	43'302.00	35'000.-
2006	44'600.00	30'000.-
2007 ¹	43'302.00	38'000.-
2008 ¹	44'600.00	38'000.-
2009 ¹	45'541.00	38'000.-
2010 ¹	45'156.00	38'000.-

¹ A noter que dès 2007, le revenu annuel déterminant s'établit sur la base des revenus réalisés deux auparavant.

Au vu des montants précités, la mère de la recourante ne pouvait pas non plus prétendre à des subsides « partiels » ne couvrant que partiellement les primes d'assurance-maladie.

Partant, les subsides d'assurance-maladie ont à l'évidence été versés à tort.

11. S'agissant du remboursement des frais médicaux, il y a lieu de retenir ce qui suit.

a/aa) Sur le plan fédéral, le droit à la prestation complémentaire annuelle a pour corollaire le droit au remboursement des frais de maladie aux conditions de l'art. 19 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Selon l'alinéa 1 let. f de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur détermine les frais qui peuvent être remboursés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMAI de l'année civile en cours. Aux termes de l'art. 6 de l'Ordonnance relative au remboursement des frais

de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPC), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cette participation est intégralement remboursée. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 14 al. 2 LPC laisse les cantons de fixer les frais pouvant être remboursés en vertu de l'alinéa 1 de la même disposition, qui reprend les termes de l'art. 19 al. 1 OPC-AVS/AI. Cependant, tant que les cantons n'avaient pas défini les frais susceptibles d'être remboursés au sens de l'art. 14 al. 1 LPC, les art. 3 à 18 OMPC restaient applicables par analogie pour une durée maximale de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle LPC, le 1^{er} janvier 2008. Le 1^{er} janvier 2011 est entré en vigueur le Règlement cantonal relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC ; RS J 4 20.04).

a/bb) L'art. 19a de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, et l'art. 14 al. 6 LPC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, prévoient que les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires. Le remboursement s'opère alors selon la formule suivante (ch. 5019 des Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS/AI [DPC]) :

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

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

b/aa) En l'espèce, il a été établi précédemment que la mère de la recourante ne pouvait prétendre ni à des prestations complémentaires fédérales ni à des prestations complémentaires cantonales, ses ressources étant largement suffisantes pour couvrir ses dépenses reconnues de sorte que ses frais médicaux n'avaient pas à être pris en charge par le SPC sauf si l'excédent de ressources ne lui permettait pas de les couvrir. Or, compte tenu des montants de l'excédent de ressources, les frais de maladie étaient à l'évidence couverts comme cela ressort du tableau suivant :

Année	Frais de maladie	Excédent ressources
2005	9,80	5'491.00
2006	171,85	?
2007	282,60	?
2008	994,05	7'637.00
2009	808,65	7'318.00
2010	605,25	7'459.00

Partant, c'est à tort que les frais médicaux de la mère de la recourante ont été pris en charge par l'intimé.

12. Reste à déterminer si les conditions de la restitution sont réalisées.

a/aa) En ce qui concerne les prestations complémentaires fédérales, l'art. 25 LPGA prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1er). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2).

a/bb) Comme par le passé, soit avant l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003, l'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la jurisprudence rendue à propos de l'art. 47 al. 1 aLAVS ou de l'art. 95 aLACI (p. ex., ATF 129 V 110 consid. 1.1, 126 V 23 consid. 4b, 122 V 21 consid. 3a), 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 (ATFA non publié du 14 novembre 2006, P 32/06, consid. 3 ; ATF 130 V 320 consid. 5.2 et les références).

A cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités).

S'agissant tout d'abord de la reconsidération, il sied de préciser ce qui suit. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2). En revanche, une décision de rente est considérée manifestement erronée lorsqu'elle découle d'une instruction lacunaire (ATFA non publié du 13 août 2003, cause I 790/01). Il en va de même lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées ou lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Par ailleurs, même si une décision administrative est manifestement erronée, sa rectification doit revêtir une importance notable (ATF 126 V 46 consid. 2b, 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités). L'importance notable de la rectification a ainsi été niée lorsque le montant en jeu ne dépasse pas quelques centaines de francs, tels que 265 fr. 20, 568 fr. 10 ou encore 954 fr. 25. Par contre, la condition de l'importance notable a été retenue même lorsque la correction porte sur des montants insignifiants lorsqu'il s'agit de décisions octroyant des prestations périodiques (voir ATF 119 V 475 consid. 1c) in fine ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 34 ad Art. 53).

b) Lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGA, 31 LPC et 11 LPCC et que cette violation est en relation de causalité avec la perception induue de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (*ex tunc*), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la restitution - une obligation de restituer (ATF 119 V 431 consid. 2, SVR 1995 IV n° 58 p. 165).

Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assuré ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes

pour l'octroi d'une prestation. En matière de prestations complémentaires, il y a modification importante des circonstances en cas de modification annuelle de plus de 120 fr. (KIESER, op.cit, n° 7 ad Art. 31).

c) Aux termes de l'art. 25 al. 2 1ère 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 1ère phrase LACI et 47 al. 2 1ère 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. Ainsi, "avoir connaissance" se rapporte au moment où l'on aurait dû, en faisant preuve de l'attention exigible et compte tenu des circonstances, constater le fait ouvrant droit à la réparation (RCC 1983 p. 108). 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). Selon la jurisprudence, le délai de péremption annuel de l'art. 47 al. 2 LAVS ne commence à courir que lorsque l'administration est informée de toutes les circonstances qui sont déterminantes dans le cas concret et dont la connaissance permet de conclure à l'existence, dans son principe et son étendue, d'un droit d'exiger la restitution de prestations à l'égard d'une personne déterminée. Pour que la caisse de compensation puisse s'estimer en droit d'exiger la restitution de prestations, il ne suffit donc pas qu'elle ait seulement connaissance de faits qui pourraient éventuellement créer un tel droit, ou que ce droit soit établi quant à son principe mais non quant à son étendue; il en va de même si la personne tenue à restitution n'est pas précisément connue (ATF 112 V 181 consid. 4a, 111 V 17 consid. 3; RCC 1989 p. 596 consid. 4b). En outre, il faut considérer la créance en restitution comme une créance unique et globale. Avant de rendre la décision en restitution, il faut que la somme totale des rentes versées indûment puisse être déterminée (ATF 111 V 19 consid. 5).

d) Selon l'art. 2 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), le bénéficiaire des prestations allouées indûment ou ses héritiers sont tenus de restituer.

L'obligation de restituer les prestations indûment versées à un assuré défunt constitue une dette de la succession et passe, sauf répudiation de la succession, aux héritiers de ce dernier (ATF 105 V 82 consid. 3, 96 V 73 consid. 1), même lorsque l'administration n'a pas fait valoir la créance en restitution du vivant de la personne

tenue à restitution (ATF 129 V 70 consid. 3 et l'arrêt cité). En effet, les droits et les obligations pécuniaires du *de cuius* qui ressortissent au droit public sont transmis aux héritiers avec le reste de son patrimoine ; par conséquent, la dette en restitution du défunt devient une dette personnelle des héritiers. L'obligation de restitution du *de cuius* passe aux héritiers (à condition qu'ils acceptent la succession) même lorsqu'elle n'a pas encore fait l'objet d'une décision; il suffit pour cela que la dette découle d'un rapport de droit que l'assuré a créé de son vivant. En vertu du principe de l'universalité de la succession, les héritiers peuvent, même dans ce cas, être recherchés personnellement (RCC 1959 p. 402 consid. 2, 1970 p. 578 consid. 1).

Conformément à l'art. 603 al. 1 CC, les héritiers sont solidairement responsables des dettes du *de cuius*. La solidarité des héritiers répond aux conditions des art. 143 ss CO, dont il ressort que chaque héritier peut être recherché individuellement pour les dettes de la succession, non pas seulement pour sa quote-part, mais pour l'intégralité de la dette. Les créanciers de la succession ont dès lors le choix de rechercher soit tous les héritiers en même temps, l'un après l'autre ou encore un seul des héritiers. Tous les héritiers restent engagés jusqu'à ce que la totalité de la dette soit remboursée (voir art. 144 CO). Dans un arrêt non publié B 103/1995 du 16 mai 1995, le Tribunal fédéral a ainsi jugé qu'un seul héritier pouvait être poursuivi pour la totalité de la dette (ATF 129 V 70).

Dès lors que la créance en restitution porte sur des prestations versées (en trop) à la bénéficiaire pour la période allant de décembre 2005 à novembre 2010 inclus et relève d'un rapport de droit créé du vivant de celle-ci, l'obligation de restitution a passé à la recourante, même si la décision y relative n'a été prise qu'après le décès de sa mère.

13. a) Conformément à l'art. 33 LaLAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA (al.1). Lorsque les subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire de prestations du SPC, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie (al. 2).

b) Quant aux prestations complémentaires cantonales, l'art. 24 al. 1 LPCC stipule que les prestations indûment touchées doivent être restituées. En cas de silence de la LPCC, les prestations complémentaires cantonales sont régies par la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales (let. a) et la LPGA et ses dispositions d'exécution (let. b) conformément à l'art. 1A LPCC. Cela étant, même avant l'entrée en vigueur de la LPGA et la modification de l'art. 1A LPCC, les modalités de restitution prévues par le droit fédéral étaient déjà applicables par analogie en matière de prestations complémentaires cantonales (voir ATF non publié 2P.189/2002 du 14 octobre 2004, consid. 2.2).

14. a) En l'espèce, il est établi que la mère de la recourante a, à tort, bénéficié de subsides de l'assurance-maladie ainsi que du remboursement de ses frais de maladie jusqu'à son décès, en raison de la violation de son obligation de communiquer. En effet, si le SPC est certes tenu d'établir d'office les faits, il n'en demeure pas moins que la mère de la recourante s'était engagée, en signant sa demande de prestations du 22 août 2003, à informer l'intimé de tout changement dans sa situation personnelle, dans ses revenus, son patrimoine et dans ses dépenses. Or, il convient de constater que les rentes LPP ainsi que l'état de sa fortune ont augmenté de manière importante, passant de 20'949 fr. (rentes LPP en 2003) à 22'308 fr. (rentes LPP en 2010) respectivement de 14'233 fr. 70 (fortune en 2003) à 28'921 fr. (fortune en 2010).

b) Il est également établi que les conditions d'une reconsidération sont réunies pour les années 2005 à 2007 et que celles d'une révision procédurale le sont pour les années 2008 à 2010. En effet, pour la période de 2005 à 2007, l'intimé n'aurait pas dû prendre en considération les primes d'assurance-maladie lors du calcul des prestations complémentaires cantonales, de sorte que les décisions d'octroi étaient à l'évidence erronées. Leur rectification revêtait une importance notable compte tenu du montant des subsides et des frais de maladie remboursés par l'intimé. Lors du calcul du revenu déterminant donnant droit aux prestations complémentaires pour les années 2008 à 2010, l'intimé ignorait l'augmentation de la rente du deuxième pilier et l'augmentation consécutive de la fortune mobilière de la mère de la recourante. Etant donné que ces augmentations de revenu et fortune sont indéniablement des faits importants de nature à modifier le calcul du revenu déterminant, qui existaient déjà lorsque les décisions ont été rendues, mais qui ont été découverts après coup lors d'une procédure de révision ouverte suite au décès de la bénéficiaire, on est en présence d'un motif de révision procédurale (ATF 122 V 138 consid. 2d et les arrêts cités).

c/aa) S'agissant du délai dans lequel la restitution des subsides et frais de maladie remboursés devait être réclamée, il y a lieu de retenir ce qui suit.

Comme cela a été démontré *supra*, c'est en raison d'une erreur du SPC que la recourante a été mise au bénéfice d'un subside entre 2005 et 2007 et que ses frais de maladie ont été remboursés pendant cette même période. En effet, jusqu'en 2007, les primes d'assurance-maladie n'étaient pas prises en considération dans le calcul des prestations complémentaires cantonales. Si l'intimé avait calculé les dépenses de la mère de la recourante en tenant compte des primes d'assurance-maladie, il aurait constaté ce point. C'est donc en raison d'une erreur de l'administration que la mère de la recourante a bénéficié de prestations indues.

Dans un tel cas, le délai d'un an commence à courir dès le moment où l'intimé aurait dû s'apercevoir de son erreur, soit en l'occurrence lorsqu'il a calculé le droit au subside pour 2006, 2007 et 2008. Partant, l'intimé aurait dû reconnaître son

erreur au plus tard au début de l'année 2008 et c'est donc à compter de là que le délai d'un an court. La décision de restitution pour les années 2005 à 2007 inclus ayant été rendue le 11 avril 2011, le délai d'un an n'a pas été respecté et la prétention en restitution des prestations indûment versées de décembre 2005 à décembre 2007 inclus est périmée.

A cela s'ajoute en outre le fait que la restitution des prestations versées entre décembre 2005 et avril 2006 inclus a été réclamée hors du délai absolu de 5 ans. En effet, contrairement à ce que prétend l'intimé, le délai de cinq ans ne commence pas à courir - rétroactivement - dès la date du décès du bénéficiaire de prestations, mais dès les prestations versées dont la restitution est demandée. Ainsi, pour les prestations complémentaires versées entre décembre 2005 et avril 2006 inclus, le délai de cinq ans, dans lequel la décision de restitution devait être notifiée, a commencé à courir au début du mois de décembre 2005, puis début janvier 2006, début février 2006, début mars 2006 et début avril 2006 et il s'est terminé début décembre 2010, début janvier 2011, début février 2011, début mars 2011 et début avril 2011. La décision de restitution ayant été notifiée le 19 avril 2011, elle était quoi qu'il en soit hors délai et ne pouvait donc porter sur les prestations versées entre décembre 2005 et avril 2006.

c/bb) En revanche, s'agissant des prestations versées entre janvier 2008 et novembre 2010 inclus, la décision de restitution, notifiée le 19 avril 2011, est à l'évidence intervenue en temps utile.

c) Certes, comme le soulève la recourante, sa mère n'a pas perçu personnellement les subsides. Elle en a cependant tiré avantage. En effet, à défaut de subsides, elle aurait dû s'acquitter des primes d'assurance-maladie. Partant, la mère de la recourante doit être considérée comme la bénéficiaire des prestations indûment allouées dès lors qu'elle avait un droit autonome à des prestations complémentaires, dont un subside d'assurance-maladie. Dans la mesure où il s'agit d'une dette qui est passée aux héritiers et que chaque héritier peut être recherché individuellement pour le tout, la recourante est tenue à restitution du montant de 17'185 fr. 55 soit :

Année	Subsides	Frais de maladie
2008	4'953.60	994,05
2009	5'028.00	808,65
2010	4'796.00	605,25
Total	14'777.60	2'407.95

15. Dans un souci d'exhaustivité, la Cour de céans rappellera encore que la restitution des subsides est réclamée sur la base de la LaLAMal et de la LPGA qui ne prévoient pas de disposition similaire à l'art. 24 al. 3 LPCC (restitution limitée à l'actif net en cas de succession).

16. Enfin, la Cour de céans rappelle à la recourante qu'elle dispose de la possibilité de demander la remise de son obligation de restituer en déposant une demande dans ce sens dans le délai de 30 jours dès l'entrée en force du présent arrêt.
17. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis en ce sens que le montant de la restitution due par la recourante en sa qualité d'héritière est ramené à 17'185 fr. 55.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA; art.89H al. 2 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, dans le sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 10 mai 2012 en tant qu'elle porte sur le montant de 20'161 fr.
4. Condamne la recourante à verser à l'intimé le montant de 17'185 fr. 55 à titre de prestations indûment perçues.
5. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

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