

FR_GERICHTE 605 2016 131 vom 19. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_131

FR: FR_GERICHTE 605 2016 131 du 19 avril 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 131 del 19 aprile 2017

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Arbeitslosenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

a) Selon l'art. 25 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), auquel renvoie l'art. 95 al. 1 de la loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI; RS 837.0), les prestations indûment touchées doivent être restituées. La procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes: une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2ème phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11; arrêt TF 9C_678/2011 précité consid. 5.2). b) L'art. 95 al. 1bis LACI prévoit expressément que l'assuré qui a touché des indemnités journalières de chômage et perçoit ensuite, pour la même période, une rente ou des indemnités journalières de l'assurance-invalidité est tenu de rembourser les indemnités journalières versées par l'assurance chômage. En dérogation à l'art. 25 al. 1 LPGA, la somme à restituer se limite à la prestation versée pour la même période par l'assurance-invalidité. L'alinéa 1bis est en vigueur depuis le 1er juillet 2003. Il fixe le principe de la restitution ou du remboursement lorsque l'assuré a touché des indemnités de chômage avant une décision des organes de l'assurance-invalidité – parce qu'il n'est pas manifestement inapte au placement et qu'il s'est annoncé à l'assurance-invalidité (art. 15 al. 3 de l'ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; OACI, RS 837.02) –, et quand l'assurance-invalidité lui alloue ensuite et rétroactivement une rente pour la même période. Selon la jurisprudence, dans le régime de l'art. 95 al. 1bis LACI, le remboursement des prestations doit être déterminé en fonction du degré d'invalidité fixé par l'AI (ATF 136 V 195 consid. 7.2 et 7.3).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 Cette nouvelle disposition légale définit ainsi clairement le principe de la restitution dans une situation telle que celle du recourant. c) Selon l'art. 25 al. 1 2ème phrase LPGA, l'assuré concerné peut demander la remise de l'obligation de restituer, lorsque la restitution des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, mettrait l'intéressé dans une situation difficile. Les deux conditions matérielles de la remise de l'obligation de restituer – bonne foi et situation difficile – sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (arrêt TF 8C_203/2015 du 23 septembre 2015 consid. 4 et les références citées). aa) Selon l'art. 5 al. 1 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA; RS 830.11), il y a situation difficile, au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA lorsque les dépenses reconnues par la loi du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires (LPC; RS 831.30) et les dépenses supplémentaires au sens de l'al. 4 sont supérieures aux revenus déterminants selon la LPC. L'art. 5 al. 2 let. a et c OPGA précise que sont pris en considération pour effectuer le calcul des dépenses reconnues prescrit à l'al. 1, pour les personnes vivant à domicile, comme loyer, le montant maximal respectif au sens de l'art. 10, al. 1, let. b, LPC et que pour toutes les personnes, comme montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins: la prime la plus élevée pour la catégorie de personnes en cause, conformément à la version en vigueur de l'ordonnance du DFI relative aux primes moyennes cantonales et régionales de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires. Selon l'art. 5 al. 4 OPGA, sont encore prises en considération les dépenses supplémentaires suivantes CHF 8'000.- pour les personnes seules (let. a); CHF 12'000.- pour les couples (let. b); CHF 4000.- pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI (let. c). Enfin, le moment où la décision de restitution est exécutoire est déterminant pour apprécier s'il y a une situation difficile (art. 4 al. 2 OPGA). bb) Le principe fondamental qui gouverne les rapports entre les administrés et l'administration est celui selon lequel nul n'est censé ignorer la loi (arrêt TF 2C_951/2014 du 16 avril 2015 consid. 3.1.1). Dès lors, en vertu d'un principe général valable également dans le droit des assurances sociales, nul ne peut tirer avantage de sa propre méconnaissance du droit (ATF 126 V 308 consid. 2b et les références citées). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas à admettre sa bonne foi. Il faut bien plutôt que le requérant ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer – comme par exemple une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner (cf. art. 28 al. 2 et 31 al. 1 LPGA, applicables par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LACI, ainsi que l'art. 71d al. 1, 1ère phr. LACI) – sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave (arrêts TF 8C_203/2015 consid. 4 et 8C_129/2015 consid. 4 précités). En revanche, le bénéficiaire peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner. Il y a négligence grave quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (arrêts TF 8C_203/2015 consid. 4 et 8C_129/2015 consid. 4). La jurisprudence distingue entre la bonne foi en tant que manque de conscience, de la part de l'intéressé, d'agir contrairement au droit et la question de savoir s'il peut invoquer la bonne foi dans les circonstances données ou s'il aurait dû, en faisant

preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui, reconnaître l'irrégularité juridique qui s'est produite (arrêt TF 8C_1/2007 du 11 mai 2007 in SVR 2007 EL n° 8 p. 19; ATF 122 V 221 consid. 3 p. 223).

E. 3

La LPGA prévoit que celui à qui un événement assuré donne droit à des prestations d'une assurance sociale peut demander la prise en charge provisoire de son cas, lorsqu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (art. 70 al. 1 LPGA). L'assurance-chômage est tenue de prendre provisoirement le cas à sa charge, lorsque l'obligation de prester de l'assurance-chômage, de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents ou de l'assurance-invalidité est contestée (art. 70 al. 2 let. b LPGA). S'agissant des rapports entre les obligations de prester respectives de l'assurance-chômage d'une part et de l'assurance-invalidité (ou d'une autre assurance visée par cette disposition) d'autre part, l'art. 70 LPGA est concrétisé par l'art. 15 al. 3 OACI qui dispose que lorsque, dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché du travail, un handicapé n'est pas manifestement inapte au placement et qu'il s'est annoncé à l'assurance-invalidité, il est réputé apte au placement jusqu'à la décision de l'autre assurance. Cette reconnaissance n'a aucune incidence sur l'appréciation, par les autres assurances, de son aptitude au travail ou à l'exercice d'une activité lucrative.

E. 4

L'objet du litige porte sur la remise de l'obligation de restitution, une telle remise, au demeurant de la compétence de l'autorité intimée, étant soumise à la double condition de la bonne foi du recourant et de l'existence d'une situation difficile en cas de restitution. Il convient, sur cette problématique, de se référer au dossier. a) Sous l'angle de la bonne foi, sur le plan de l'assurance-chômage, dans son rapport du

E. 7

février 2011, le Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestait d'une capacité de travail de 100%, compte tenu d'une diminution de rendement de 30%, dans l'ancienne activité. Pour sa part, la psychiatre traitante du recourant, la Dresse D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie affirmait que la capacité de travail était de 50% en avril 2011 et de 100 % dès le 1er mai 2011. Par la suite, le recourant a effectivement repris une activité régulière à 100% depuis le 1er juillet 2011 dans le cadre d'un programme de l'Office régional de placement, puis a été engagé à 100% dès le 1er avril 2012 auprès du Service public de l'emploi, activité qu'il a maintenue depuis lors. Le recourant remplissait donc manifestement, durant cette période, les conditions lui permettant d'obtenir des prestations de l'assurance-chômage – dont, notamment, celle de l'aptitude au placement – de sorte qu'il pouvait légitimement croire pouvoir bénéficier de prestations de l'assurance-chômage. Sur le plan de l'assurance-invalidité ensuite, on peut également relever que l'assuré a immédiatement contesté la perception d'une rente de l'assurance-invalidité durant cette même période, portant le litige jusque devant l'instance de céans laquelle lui a partiellement donné raison (cf. arrêt TC FR 605 2012 200 du 4 novembre 2014). La IIe Cour des assurances sociales constatait alors que l'amélioration de l'état de santé du recourant avait débuté le 1er mai 2011, soit dès le moment où la psychiatre traitante attestait d'une capacité de travail de 100%, alors que l'expert psychiatre retenait une capacité de travail de 70%. Pour ces motifs, la rente devait être

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 supprimée mais seulement trois mois après cette date, soit dès le 1er août 2011, en application de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201). Tous ces éléments laissent penser que le recourant était initialement de bonne foi. Toutefois, à la lecture de l'arrêt du 4 novembre 2014, il appert que le recourant a rapidement renoncé aux prestations de l'assurance-invalidité, faisant valoir qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail. En y renonçant dès le départ, le recourant montrait qu'il avait pleine conscience du fait qu'il ne pensait finalement pas, tout à la fois, obtenir les prestations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage pour la même période d'assurance. En outre, dans un courrier du 6 décembre 2013, il a indiqué "qu'il a conservé les montants reçus par la Caisse de compensation pour la période s'étendant du 15 avril 2011 au 31 mai 2012 et que cette réserve concerne également les rentes complémentaires pour enfants qui ont été versées directement en mains de leurs mères". En mettant de côté les montants perçus par l'assurance- invalidités et en se constituant une réserve, il démontre qu'il était au fait de la présence d'une situation de probable surassurance, laquelle pouvait éventuellement le conduire à devoir rembourser les montants perçus à l'un ou l'autre assureur social. Enfin, la IIe Cour des assurances sociales relevait que la renonciation pour la période d'avril à juillet 2011 était "également préjudiciable à la Caisse de chômage Syna qui a versé des prestations durant cette période", ces prestations ayant été accordées sur la base des "art. 70 al. 2 let. b et 71 LPGa, selon lesquels, lorsque la prise en charge par l'assurance-invalidité est contestée, l'assurance-chômage est tenue de prendre provisoirement en charge le cas en allouant les prestations selon les dispositions régissant son activité et que, lorsque le cas est finalement pris en charge par l'assurance-invalidité, comme en l'espèce, celle-ci lui rembourse ses avances". L'attention du recourant avait dès lors été expressément attirée par la IIe Cour sur le fait que les prestations allouées par l'assurance-chômage avaient une nature provisoire et devaient être remboursées. Dans de telles circonstances, le recourant était, à tout le moins, conscient qu'il n'allait pas obtenir simultanément des prestations provenant de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage et qu'il serait amené à restituer les montants de l'une ou l'autre. C'est probablement ce que confirme le fait qu'il n'ait pas contesté la décision sur opposition du 15 janvier 2015 de Syna, laquelle réclamait la restitution du montant de CHF 8'871.25 pour les indemnités versées entre avril et juillet 2011, mais qu'il ait agi par le biais de la remise. Au vu de ce qui précède, bien que le recourant ne semblait manifestement pas avoir de mauvaises intentions, il était probablement conscient que les montants étaient indus et que ceux-ci allaient et devraient être restitués. Dès lors, on ne peut pas admettre qu'il était de bonne foi. Cela étant, le recours doit être rejeté pour un autre motif. b) Dans le cadre de son recours, le recourant se contente de produire un tableau intitulé "budget mensuel" pour soutenir son allégation que sa situation financière précaire l'empêche de rembourser le montant de CHF 8'871.25. Il n'étaye toutefois pas les montants figurant dans ce document par une quelconque preuve directe ou indirecte de ses charges, alors qu'il lui appartient de prouver sa situation financière difficile (cf. ATF 121 V 208 consid. 6a-b et les références citées). Cela étant, même en se basant sur les chiffres produits par le recourant – sans examiner leur exactitude ni leur pertinence – et en partant du principe qu'il ne dispose d'aucune fortune – ce qui n'est nullement affirmé ou étayé –, la condition de la situation difficile n'est pas remplie.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 En effet, il mentionne un salaire mensuel net "sur compte E. _____" de CHF 7'872.25, soit annuellement CHF 102'339.25 (treizième salaire inclus, cf. art. 83 de la loi du 17 octobre 2001 sur le personnel de l'Etat, LPers, RSF 122.70.1). Ce

montant peut être retenu comme son seul revenu. Pour leurs parts, les besoins vitaux d'une personne seule se montent à CHF 19'290.- par ans (art. 10 al. 1 let. a LPC). La Cour doit en outre prendre en compte le fait que le recourant doit s'acquitter de contributions d'entretien pour un total mensuel de CHF 2'050.-, soit CHF 24'600.- annuellement (art. 10 al. 3 let. e LPC). Le loyer, charges comprises, se monte annuellement à CHF 15'000.- (montant maximal forfaitaire selon l'art. 10 al. 1 let. a LPC et 5 al. 2 let. a OPGA) et le montant reconnu au titre de l'assurance-maladie à CHF 5'388.- (montant forfaitaire selon l'art. 5 al. 2 let. c OPGA). Pour les personnes exerçant une activité lucrative, les cotisations aux assurances sociales de la confédération sont déduites du revenu brut provenant d'une activité lucrative. En application de l'art. 10 al. 3 let. a LPC, il convient encore de prendre en considération les frais d'obtention du revenu, auxquels on peut rattacher les frais de transport (CHF 385.- mensuel, soit CHF 4'620.- annuel). Il faut enfin tenir compte de CHF 8'000.- (personne seule) supplémentaires en application de l'art. 5 al. 4 let. a et c LPGA. A ce stade, la Cour relève qu'aucun montant ne doit être attribué au chef des trois enfants du recourant, tant en application de l'art. 10 al. 1 let. c LPC (minimum vital; CHF 10'080.- par enfant) ou 5 al. 4 let. c OPGA (dépenses supplémentaires forfaitaires; CHF 4'000.- par enfant). En effet, le recourant n'a pas la garde ni l'autorité parentale sur ces derniers. En outre, ces montants sont attribués à "des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI". Or, d'éventuelles rentes d'orphelin ou rentes pour enfants réduiraient d'office la pension alimentaire que le recourant verse à ses enfants (cf. procès-verbaux de l'audience du Président du Tribunal civil de l'arrondissement de la Sarine du 30 avril 2013; bordereau recours, pièces 2 et 3). Ainsi, les montants y relatifs sont d'ores et déjà inclus dans les contributions d'entretien qui ont déjà été prises en comptes ci-avant. Il n'y a pas de motifs de tenir compte des autres frais allégués. En particulier, on ne saurait comptabiliser les montants indiqués au titre de frais liés à l'électricité (CHF 57.48 mensuel), de redevance radio/TV (CHF 37.28 mensuel), de télécommunications (CHF 290.50 mensuel), de formation privée (CHF 78.33 mensuel), de cotisations à des associations (CHF 88.50 mensuel), de frais santé non couverts (CHF 108.33 mensuel) et de créances fiscales (CHF 1'216.43 mensuel, sans compter le rattrapage). En effet, quand bien même ils ne seraient pas inclus dans le minimum vital (art. 10 al. 1 let. a LPC) ou les frais de logement (art. 10 al. 1 let. a LPC et 5 al. 2 let. a OPGA), de tels frais ne sont quoi qu'il en soit pas mentionnés dans les dépenses à prendre en compte, tant dans la LPGA, la LPC que dans leurs ordonnances respectives. Cela correspond à un montant total de charges de CHF 76'898.-. Partant, il demeure un solde positif de CHF 25'441.25 (CHF 102'339.25 - CHF 76'898.-). Cet excédent de revenus permet d'exclure toute remise de l'obligation de restituer la somme de CHF 8'871.25, cas échéant par acomptes. Une remise partielle de cette obligation s'avère également exclue puisque la créance est inférieure au dit excédent.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Certes, le montant à restituer est relativement important, toutefois, la condition de la charge trop lourde n'est pas remplie en l'espèce. 5. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté. On ne saurait libérer le recourant de son obligation de restituer les indemnités perçues pour un montant total de CHF 8'871.25. Il n'est pas perçu de frais de justice, en application du principe de la gratuité valant en la matière (cf. art. 1 al. 1 LAVS et 61 al. 1 let. a LPGA), bien que l'on puisse fortement s'interroger sur la question de savoir si le présent recours est téméraire au vu de la situation financière du recourant. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il

n'est pas octroyé de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 19 avril 2017/pte Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.