

# **GE\_GERICHTE ATAS/402/2010 vom 20. April 2010**

GE Cour de justice, 2010-04-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_402\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_402_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/402/2010 du 20 avril 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/402/2010 del 20 aprile 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1er de la LAMAL, la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'applique à l'assurance maladie, à moins qu'elle ne déroge expressément à la LPGA (al. 1er).

### **E. 3**

Déposé dans le délai et la forme prescrits, le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la bonne foi de l'assurée en tant que condition pour la remise de la restitution demandée.

A/4329/2009 - 7/11 -

### **E. 5**

a) Selon l'art. 20 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 29 mai 1997 (LaLAMAL; RS/GE J 3 05), et sous réserve des exceptions prévues par l'art. 27, les subsides sont destinés aux assurés de condition économique modeste et aux assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI accordées par le Service des prestations complémentaires. La procédure d'attribution des subsides pour les bénéficiaires de condition modeste de l'art. 23 prévoit que, sur la base de la liste des contribuables, dont les ressources sont comprises dans les limites de revenu fixées, et qui sont transmises par l'administration fiscale cantonale, le SAM établit le fichier des ayants droit et fait parvenir à chaque assureur la liste de ses assurés bénéficiaires d'un subside à déduire sur le montant de leurs primes. Le droit aux subsides est ouvert pour l'année civile à venir. La procédure prévue pour les bénéficiaires de prestations complémentaires de l'art. 23 A prévoit que le service (SPC) communique régulièrement au service de l'assurance-maladie le nom des bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI, la date d'ouverture du droit aux subsides et, cas échéant, la date de fin du droit aux subsides. b) Aux termes de l'art. 33 LAMal, les subsides indûment touchés doivent être restitués. Toutefois, ils ne peuvent être exigés lorsque l'intéressé est de bonne foi et serait mis, du fait de cette restitution, dans une situation difficile. Le texte de l'art. 25 LPGA, 35a LPP et 47 a LAVS est identique, de sorte

que la jurisprudence rendue en application de ces lois fédérales est applicable.

#### **E. 6**

a) Selon la jurisprudence constante, l'ignorance, par l'assuré, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations versées ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt que le bénéficiaire des prestations 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 (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, l'assuré 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 (ATF 112 V 103 consid. 2c, 110 V 180 consid. 3c). Ce n'est qu'avec retenue qu'on admettra cependant que la négligence supprime la présomption de la bonne foi (RCC 1970 page 347). Il y a négligence grave quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 121 V 45 consid. 3b, 118 V 306 ss consid. 2a, ATF 110 V 181 consid. 3d).

A/4329/2009 - 8/11 - b) Dans un arrêt du 11 août 2004, en la cause C. contre OCPA, le Tribunal de céans a retenu que l'omission de contrôler les décisions litigieuses notifiées à l'assuré et mentionnant le montant erroné de la rente AVS et de renseigner l'OCPA de l'augmentation de la rente AVS est à considérer comme une négligence grave, ce qui exclut la bonne foi et renverse la présomption de celle-ci. Dans ce cas-là, l'assuré avait reçu plusieurs années de suite des décisions d'octroi faisant état d'un montant de rente AVS bien inférieur à ce qu'il était.

#### **E. 7**

Dans le cas d'espèce, la recourante ne perçoit plus de prestations du SPC depuis le 1er avril 2002. Elle a su, en août 2002 qu'elle avait droit à une rente LPP avec effet rétroactif à janvier 1996. Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'assurée a demandé - très clairement - que l'on cesse de payer ses primes d'assurances maladie en février 2003. La maladie dont souffre l'assurée, le texte de son courrier et son comportement en audience permettent de considérer comme avéré que ce courrier a été dicté par une volonté de s'affranchir de tout service de l'administration et non d'informer le Département de l'action sociale de ce qu'en raison du versement d'une rente LPP depuis 2002, le droit au subside d'assurance maladie avait pris fin. En admettant que ce courrier ait été reçu, il appartenait à l'administration de le transmettre au service compétent, puis de prendre acte de ce souhait et mettre un terme au subside ou de se renseigner plus avant sur la situation de l'assurée, en contactant le cas échéant son représentant auprès du CSP. Par ailleurs, le SPC a été négligent en ne vérifiant jamais la situation financière de l'assurée d'avril 2002 à novembre 2005, en octroyant à nouveau des prestations complémentaires dès octobre 2005 sans aucune information sur les ressources et dépenses actualisées de l'assurée, alors même qu'il supprime le droit au subside sur la base du seul soupçon que l'assurée n'habiterait plus Genève en juillet de la même année. De surcroît, la loi stipule que le SPC doit régulièrement informer le SAM des bénéficiaires ayant droit au subside. Or, dans le cas d'espèce, après l'information initiale donnée en janvier 2001 pour l'ouverture du droit au subside, aucun avis n'est envoyé jusqu'à celui de fin de droit en juillet 2005. L'envoi régulier d'un avis confirmant le droit au subside obligerait le SPC à vérifier, au moins une fois par an, la situation financière des

bénéficiaires pour éviter un trop perçu de subside sur une aussi longue période. Toutefois, l'assurée a, d'une part, continué à bénéficier du subside et elle aurait pu le réaliser du fait qu'elle n'a jamais reçu les bulletins de versement de son assurance et qu'elle n'a pas repris le paiement de ses primes à son compte. D'autre part, elle a reçu des décisions confirmant l'octroi de ce subside et mentionnant que seule la rente AI était prise en compte, au mois de janvier des années 2003, 2004 et 2005. Ces décisions ont également été transmises au CSP, de sorte que malgré les

A/4329/2009 - 9/11 - difficultés administratives de l'assurée, cas échéant ses changements d'adresse, on doit admettre qu'elle a régulièrement été informée de ce que le SPC se fondait sur un revenu erroné pour l'octroi de ce subside. Surtout, l'assurée aurait dû communiquer au SPC, courant octobre 2002, la décision fixant le montant de sa rente LPP et mentionnant le trop perçu versé. Elle ne peut pas prétendre qu'en raison de l'absence de prestations complémentaires à cette date, elle a, de bonne foi, pensé être dispensée de cette communication. En effet, elle ne pouvait ignorer que les prestations versées de décembre 2000 à fin mars 2002 devraient être remboursées, la rente LPP étant octroyée avec effet à janvier 1996. D'ailleurs, elle n'a pas contesté la décision de restitution de prestations complémentaires pour la période de décembre 2000 à fin mars 2002, réalisant certainement que l'omission de communiquer la décision reçue le 1er octobre 2002 n'était pas excusable. C'est d'autant plus regrettable qu'au 31 décembre 2002, le trop perçu du SAM s'élevait à 9'931 fr., montant aisé à rembourser compte tenu des versements de près de 110'000 fr. de rente LPP. L'omission de communiquer en octobre 2002 aurait par ailleurs pu être réparée en janvier des années 2003, 2004 et 2005, à réception de la décision du SPC maintenant le subside d'assurance maladie, étant précisé qu'à chaque fois, la décision indique clairement que le subside est octroyé sur la base de la seule ressource connue, soit sa rente d'invalidité. De plus, ces décisions ont également été envoyées au mandataire de l'assurée. L'importance de la différence de ressources entre la seule rente d'invalidité (21'672 fr.) et l'ensemble des rentes perçues (38'698 fr.) permet de retenir qu'en faisant preuve d'un peu d'attention, l'assurée aurait pu réaliser qu'une bonne partie de ses ressources n'étaient pas prises en compte. Compte tenu de ces décisions récurrentes et du fait que les bulletins de versement pour payer elle-même ses primes ne lui ont jamais été envoyés, l'assurée ne peut pas prétendre que son courrier de février 2003 avait été compris, et elle devait s'adresser à nouveau au SPC ou au SAM pour l'informer de l'existence de la rente LPP. L'ensemble de ces motifs conduisent le Tribunal à retenir que l'assurée a fait preuve de négligence grave de sorte que la condition de la bonne foi n'est pas remplie. Il n'est en conséquence pas nécessaire d'examiner celle de la situation financière difficile. On précisera encore que la négligence grave s'apprécie conformément à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement. Ainsi, les éventuels doutes à ce sujet dans le cas d'espèce ne peuvent pas être pris en considération. De même, s'il est louable d'assister une assurée dans ses démarches

A/4329/2009 - 10/11 - juridiques et administratives, afin de conserver sa confiance et dans le même temps de maintenir une autonomie souhaitable, cette représentation doit connaître des limites légales lorsqu'il en résulte que plus de 23'000 fr. de prestations ont été octroyés à tort et que 100'000 fr. ont été débités du compte de l'assurée en l'espace d'un mois, sans que l'on connaisse le sort des sommes prélevées.

## **E. 8**

La demande de remise a été refusée à juste titre par le SAM, de sorte que le recours, mal fondé, est rejeté.

A/4329/2009 - 11/11 -

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