

GE_GERICHTE ATAS/844/2011 vom 13. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_844_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/844/2011 du 13 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/844/2011 del 13 settembre 2011

Erwägungen

E. 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. Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le régime des prestations complémentaires de l'AVS/AI. Ses dispositions s'appliquent aux prestations versées par les cantons en vertu du chapitre 1a, à moins que la LPC n'y déroge expressément (cf. art. 1 al. 1 LPC). Sur le plan cantonal, l'art. 1A LPCC prévoit qu'en cas de silence de la loi, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie.

E. 3

Le recours a été formé en temps utile, le 10 juin 2010, dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA, art. 9 LPC et art. 43 LPCC) courant dès le lendemain de la réception de la décision sur opposition du 10 mai 2010 (cf. art. 38 al. 1, 39 al. 2 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est donc recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte uniquement sur les conditions d'une remise de l'obligation de restituer les prestations complémentaires à hauteur de 38'774 fr., et singulièrement sur celle de la bonne foi. Selon l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées (al. 1). La restitution ne peut pas être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), 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. La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (art. 4 al. 4 OPGA). Il

A/886/2011 - 14/19 - s'agit d'un délai d'ordre et non de péremption (ATF 132 V 42 consid. 3). Pour le surplus, la remise fait l'objet d'une décision (art. 4 al. 5 OPGA). Pour le surplus, dans la mesure où la demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (ATFA non publié du 25 janvier 2006, C 264/05, consid. 2.1). L'art. 5 al. 1 OPGA prévoit qu'il y a situation difficile lorsque les dépenses reconnues par la LPC et les dépenses supplémentaires au sens de l'art. 4 sont supérieures aux revenus déterminants selon la LPC. Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (art. 4 al. 2 OPGA). Il ressort de ces dispositions que la remise de l'obligation de restituer est ainsi soumise à deux conditions cumulatives : la bonne foi et la situation financière difficile.

E. 5

S'agissant de la première condition, il sied encore de préciser que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il 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'intéressé 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 ; DTA 2003 n° 29 p. 260 consid. 1.2 et les références ; RSAS 1999 p. 384). 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 110 V 181 consid. 3d). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, il aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations complémentaires de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. De jurisprudence constante, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; SVR 2007 ALV n° 17 p. 56), la condition de la bonne foi doit être réalisée dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du TF du 17 avril 2008, 8C_766/2007, consid. 4.1 et les références citées). Une violation de l'obligation d'annoncer ou de renseigner est réalisée si l'assuré contrevient à ses devoirs découlant de l'art. 31 LPGA. Cette disposition impose à l'ayant droit, à ses proches ou aux tiers auxquels une prestation est versée de

A/886/2011 - 15/19 - communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation (al. 1). Selon l'art. 24 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC- AVS/AI ; RS 831.301), l'ayant droit ou son représentant légal ou, le cas échéant, le tiers ou l'autorité à qui la prestation complémentaire est versée, doit communiquer sans retard à l'organe compétent tout changement dans la situation personnelle et toute modification sensible dans la situation matérielle du bénéficiaire de la prestation. Le devoir d'informer l'administration s'étend à tous les faits qui ont une importance pour le droit aux prestations

E. 6

Il y a lieu de rappeler que, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd., Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungrechtspflege, 2ème éd., p. 278 ch. 5). Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faut d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 7

Dans le cas d'espèce, en premier lieu, l'assurée fait valoir qu'elle est totalement incapable d'une quelconque démarche administrative et ne comprend rien aux diverses décisions et courriers de l'administration. Il s'avère toutefois qu'elle est en mesure de vérifier les chiffres ressortant des décomptes de l'Hospice général et de les contester (cf. journal de bord de l'HG), de rédiger elle-même en novembre 2008 la première opposition manuscrite (pièce 13), puis de faire dactylographier la deuxième opposition (pièce 14) par un tiers qui n'est ni l'assistante sociale (cf.

A/886/2011 - 16/19 - journal de bord et témoignage), ni la fiduciaire (cf. son courrier du 14 juin 2011). De même, l'assurée a plusieurs fois adressé des courriers dactylographiés au SPC - ou trouvé l'aide pour le faire - afin de transmettre les pièces requises et nécessaires au maintien du versement des prestations. Son assistante sociale la décrit d'ailleurs comme une personne bien organisée et autonome pour les démarches administratives. En second lieu, s'il est confirmé par le témoignage de l'assistante sociale, par l'attestation de leur fiduciaire et les pièces du dossier du SPC que l'assurée et son époux ont toujours diligemment donné suite et soumis aux intervenants susmentionnés les courriers reçus, il n'en demeure pas moins que, malgré l'entretien du 19 octobre 2007, les deux décisions litigieuses des 4 et 16 octobre 2007 n'ont jamais été soumises et/ou remises par l'assurée ou son époux à leur assistante sociale et que cette dernière n'a pas préparé de courrier pour l'assurée, ni envoyé elle-même ces décisions au SPC. Elle a par contre invité l'époux de l'assurée à transmettre ces décisions au SPC. Cela ressort très clairement de son témoignage et du journal de bord. On peut éventuellement envisager que l'assurée ait cru que l'HG détenait un exemplaire des décisions, au vu des formulaires de compensation et des ordres de paiement préparés pour l'AI et la caisse LPP, ne sachant pas que ces documents sont préparés avant la notification de la décision AI, afin de déterminer à l'avance quels montants sont remboursés à l'HG et aux assurés. A ce propos, l'assurée indique dans un premier temps être convaincue que son assistante sociale a elle-même communiqué l'information au SPC, ou à défaut l'aurait

invitée à le faire. Elle prétend ensuite en audience que l'assistante sociale a, comme d'habitude, rédigé un courrier manuscrit que son mari a signé et que l'assurée a elle-même posté pour transmettre les deux décisions au SPC. Son mari a confirmé cette version, précisant s'être rendu chez l'assistante sociale à réception des deux décisions. La confusion pourrait le cas échéant provenir du fait que, lors de l'entretien du 19 octobre 2007, alors que les deux décisions étaient déjà notifiées, l'assistante sociale a remis à l'assurée les ordres de paiement à faire signer à son mari, absent lors de l'entretien. On pourrait, à la rigueur, admettre que l'assurée a alors cru que, par le biais des déclarations de compensation et les ordres de paiement, toutes les informations étaient en main des diverses administrations concernées. Dans ces conditions, on ne comprend pas pourquoi les époux J_____ font des déclarations contradictoires: Monsieur J_____ était absent le 19 octobre et aucun courrier n'a été préparé par l'assistante et adressé par l'assurée au SPC, les seuls documents signés à cette époque par l'époux de l'assurée sont le formulaire de compensation (signé par l'époux de l'assurée dans les locaux de l'HG le 7 septembre 2007, soit avant la notification des décisions) et les ordres de paiement adressés ou déposés par l'assurée entre le 20 et le 30 octobre 2007 à l'HG. De même, l'assurée n'explique pas pourquoi elle aurait posté ce pli disparu en courrier simple, alors qu'elle envoie fin octobre 2008 la décision de la CPPIC en recommandé. Rien ne permet non plus d'expliquer pourquoi elle dépose le 8 A/886/2011 - 17/19 - octobre 2008 au guichet du SPC la décision AI du 4 octobre 2007 si elle est convaincue de l'avoir déjà envoyée et surtout, en l'absence de toute demande de pièces de la part du SPC. Au demeurant, aucun motif médical documenté ou hospitalisation ne justifie un éventuel empêchement d'agir en temps utile. En troisième lieu, on peut admettre que c'est sur la base des chiffres précis des nouvelles rentes AI et LPP perçues par l'époux de l'assurée que l'assistante sociale a obtenu la confirmation du SPC, lors de l'entretien téléphonique du 19 octobre 2007, que la famille pouvait encore prétendre à l'avenir à des prestations, de sorte que l'assurée pouvait légitimement en déduire que le SPC avait connaissance du montant de ces rentes. Toutefois, d'une part, cette déduction est une explication donnée a posteriori, contradictoire avec celle consistant à affirmer que les décisions ont été envoyées au SPC en octobre 2007. D'autre part, l'assurée n'a manifestement pas déduit de cet entretien téléphonique que l'information avait été transmise au SPC, preuve en est qu'elle a ensuite envoyé l'une des décisions par pli recommandé en octobre 2008. En quatrième lieu, il n'est pas contestable que le gain potentiel retenu par le SPC impliquait que la famille J_____ percevait des revenus effectifs de 60'491 fr. alors que les dépenses admises selon le barème cantonal étaient de 70'091 fr. D'une part, les plans de calcul ne sont pas le reflet du budget familial réel des assurés, de sorte qu'il est faux de prétendre que l'assurée - qui affirme d'ailleurs qu'elle ne connaissait pas l'existence de ce gain potentiel - ait été consciente que les dépenses n'étaient pas couvertes par les ressources. Il est par contre admis que la situation financière de la famille était difficile. D'autre part, ce n'est pas cet élément qui est déterminant pour apprécier la bonne foi de l'assurée, mais bien sa connaissance de l'augmentation des ressources dès l'octroi des rentes AI et LPP à son époux. Or, dès le 1er novembre 2007, la famille a bénéficié d'un revenu supplémentaire de 1'715 fr. 75 par mois, soit 1'170 fr de rente AI, 608 fr. 40 de rente LPP, dont à déduire la réduction de la rente AI de l'assurée (- 62 fr.), alors que ses ressources réelles étaient de 5'041 fr. par mois. Une augmentation de plus d'un tiers des revenus, ce d'autant plus que la situation financière est difficile, ne peut pas passer inaperçue. Au demeurant, l'augmentation des ressources annuelles (20'580 fr./an) est bien supérieure au gain potentiel retenu (9'600 fr./an.). La question de savoir si un assuré peut croire, de bonne

foi, que l'augmentation de sa rente AI n'a pas d'incidence sur le montant des prestations complémentaires peut en l'espèce rester ouverte, car l'assurée ne peut pas être suivie lorsqu'elle affirme que tel était son cas. D'une part, l'assistante sociale a indiqué qu'elle informe en général tous les assurés du caractère complémentaire à l'AI des prestations en question, sans pouvoir affirmer l'avoir fait dans ce cas là. Cela semble toutefois vraisemblable car c'est l'assistante sociale qui a informé les assurés de ce droit et qui a rempli la requête initiale. D'autre part, à la demande de l'assurée, l'assistante sociale a vérifié auprès du SPC et confirmé à l'assurée que la famille restait dans les

A/886/2011 - 18/19 - barèmes du SPC malgré cette augmentation de revenus. L'assurée savait donc que ces rentes impliquaient une diminution, voire la suppression des prestations du SPC. Elle n'a toutefois avisé ni son assistante sociale, ni le SPC du fait qu'elle continuait à percevoir le même montant de prestations au-delà du 1er novembre 2007. Elle a alors commis une grave négligence qui exclut sans aucun doute la réalisation de la condition de la bonne foi. En cinquième lieu, il est établi par pièces que, suite à la décision de l'OAI du 4 octobre 2007 et celle de la CPPIC du 16 octobre 2007, les sommes de 24'877 fr. et 15'210 fr. ont été versées à l'époux de l'assurée, après toutes les déductions opérées (15'932 fr. et 8'517 fr. 60 versés à l'Hospice général, soit les rentes du 1.1.2005 au 28.2.2006 et 6'123 fr. à la caisse de compensation, suite à la réduction de la rente AI de l'assurée). Aucun autre montant n'a été prélevé des rétroactifs de rentes AI et LPP de l'assuré suite à ces deux décisions (la somme de 2'403 fr. prélevée sur la rente de l'assurée n'est pas concernée), et la fiduciaire atteste seulement du paiement de 15'000 fr. d'impôts (10'000 fr. selon l'époux de l'assurée). C'est ainsi une somme de 25'000 fr. en tout cas que l'époux de l'assurée a effectivement perçue fin 2007. A cet égard, l'assurée n'allègue pas qu'elle se serait inquiétée auprès du SPC et de son assistante sociale de savoir si ce montant devait être affecté au remboursement d'autres prestations sociales. Elle s'est contentée d'un bref entretien avec son assistante sociale le 11 décembre 2007 pour l'informer que tout était en ordre avec la caisse LPP. En omettant d'informer le SPC des montants reçus, l'assurée a aussi commis une négligence grave. Pour l'ensemble des motifs exposés ci-dessus, la Cour ne peut pas retenir que la condition de la bonne foi de l'assurée est réalisée, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé la remise de l'obligation de rembourser les prestations trop perçues, soit 38'774 fr.

E. 8

Le recours est donc rejeté.

A/886/2011 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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