

GE_GERICHTE ATAS/923/2012 vom 19. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_923_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/923/2012 du 19 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/923/2012 del 19 luglio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 3 let. d de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 38 de la loi cantonale sur les prestations cantonales accordées aux chômeurs en fin de droit, du 18 novembre 1994 (LRMCAS; RS J 2 25). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 38 LRMCAS et 57 et ss, not. 89B de la loi genevoise sur la procédure administrative, du 12 septembre 1986 (LPA ; RS E 5 10).

E. 3

La LRMCAS a été abrogée avec effet au 1er février 2012. Désormais, les chômeurs en fin de droit ne peuvent plus prétendre à un RMCAS et sont directement pris en charge par l'assistance publique. Cependant, sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits

A/2175/2011 - 6/10 - (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Par conséquent, dès lors que la décision querellée a été rendue le 23 juin 2011, la LRMCAS reste applicable pour trancher le présent litige.

E. 4

La question litigieuse porte uniquement sur la remise, le principe de la restitution n'étant en soi pas contesté.

E. 5

a) Afin d'éviter de devoir recourir à l'assistance publique, les personnes qui sont au chômage et qui ont épuisé leurs droits aux prestations de l'assurance-chômage ont droit à un revenu minimum cantonal d'aide sociale (ci-après le RMCAS), versé par l'Hospice général, qui peut être complété par une allocation d'insertion (art. 1 LRMCAS). Ont droit aux prestations d'aide sociale versées par l'Hospice général, les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le RMCAS applicable. Aux termes de l'art. 14 LRMCAS, le montant annuel des prestations d'aide sociale correspond à la différence entre le revenu minimum cantonal annuel d'aide sociale applicable et le revenu annuel déterminant de l'intéressé. b) L'art. 3 LRMCAS précise que le RMCAS garanti aux chômeurs en fin de droit s'élève à 13'812 fr. par année (16'522 fr. dès le 1er janvier 2011) s'il s'agit d'une personne célibataire, veuve, divorcée, séparée de corps ou de fait. Ce montant est multiplié

par 1,46 s'il s'agit de deux personnes, par 1,88 s'il s'agit de trois personnes, etc. Il peut être complété par des allocations ponctuelles, tels que les frais de maladie notamment. c) L'art. 5 LRMCAS définit le revenu déterminant. Celui-ci comprend notamment le produit de la fortune tant mobilière qu'immobilière (art. 5 al. 1 let. b) LRMCAS) ainsi que le quart de la fortune nette excédant 6'000 fr. pour une personne seule ou 12'000 fr. pour un couple (art. 5 al. 1 let. c). d) Selon l'art. 9 al. 1 LRMCAS, pour la fixation des prestations sont déterminantes les ressources de l'année civile en cours (let. a), la fortune au 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est demandée (let. b). En cas de modification importante de ressources ou de la fortune du bénéficiaire, la prestation est fixée conformément à la situation nouvelle (art. 9 al. 2 LRMCAS).

E. 6

a) Aux termes de l'art. 20 RMCAS, l'HOSPICE GENERAL réclame au bénéficiaire le remboursement de toute prestation payée indûment ; toutefois, le bénéficiaire qui était de bonne foi n'est tenu à restitution, totale ou partielle, que dans la mesure où il ne serait pas mis de ce fait dans une situation difficile. Cet article reprend les conditions de la remise, telle que la connaît le droit des assurances sociales et que l'a concrétisée la LPGA à son art. 25 et à l'art. 3 de son

A/2175/2011 - 7/10 - ordonnance. Par conséquent, les principes dégagés à propos de l'art. 25 LPGA et de ses dispositions d'application sont applicables par analogie. La jurisprudence constante considère 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. On signalera également, que, de jurisprudence constante, 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 (ATF non publié du 17 avril 2008, 8C_766/2007, consid. 4.1 et les références citées). Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a admis une négligence grave dans le cas où l'assuré a donné des réponses inexactes aux questions concrètes d'une formule à remplir (ATF 110 V 181, consid. 3 d, RCC 1985, p. 63).

E. 7

a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle 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 (art. 61 let. c LPGA). 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 ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe

A/2175/2011 - 8/10 - 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). b) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute 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 ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 8

En l'espèce, le recourant soutient qu'il était de bonne foi au moment du dépôt de ses demandes. Il allègue avoir été convaincu que seul le compte destiné à recevoir les versements du RMCAS devait être mentionné. Dans la mesure où, qui plus est, les avis de taxation fiscale et bordereau d'impôt remis à sa conseillère mentionnaient l'ensemble de ses comptes, il estime qu'il n'a commis qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner. Pour sa part, l'intimé considère que la bonne foi du recourant ne saurait être admise, dès lors qu'il n'a pas déclaré, par le biais des demandes de prestations ou lors des entretiens qu'il a eus avec son assistante sociale, qu'il était titulaire d'un compte no _____. La Cour constate que les formulaires de demande que le recourant a signés contiennent tous une question 10.5 portant sur les comptes actifs ou clôturés durant les 18 derniers mois (demandes des 19 avril 2006, 11 mars 2008 et 4 mars 2009), voire durant les 12 derniers mois (demande de prestations du 25 mars 2007). Si la question porte également sur les comptes clôturés, c'est qu'à l'évidence elle ne se limite pas au seul compte sur lequel les prestations doivent être versées. Les allégations du recourant selon lesquelles il aurait

donc pu légitimement penser que

A/2175/2011 - 9/10 - seul le compte sur lequel devaient être versées les prestations devait être mentionné ne sont donc pas convaincantes. Qui plus est, il ressort des notes de l'assistante sociale qu'elle a dû aider le recourant à compléter le formulaire sur ce point, précisément. Elle a noté que le recourant lui a alors indiqué, à deux reprises, ne disposer que d'un seul compte (voir notes relatives à la rencontre du 27 mars 2007 et à celle du 11 mars 2008). Certes, le recourant le conteste, mais de manière peu convaincante puisqu'il se dit incapable de restituer le contenu exact de ses propos (réplique du 28 novembre 2011). Or, les notes de l'assistante sociale sont corroborées par le fait que deux types d'encre ont été utilisées pour remplir les formulaires des 26 mars 2007 et 11 mars 2008, ce qui confirme qu'ils ont bien été remplis en deux temps. Dans ces circonstances, les dires de l'assistante sociale - qui ne peut manquer d'avoir expliqué au recourant qu'il lui fallait mentionner tous ses comptes - apparaissent bien plus vraisemblables que ceux du recourant qui, malgré la formulation explicite de la question 10.5 et l'aide de l'assistante sociale, n'a pas jugé bon de mentionner le compte no _____ litigieux. Ce faisant, eu égard à ce qui précède et à la jurisprudence précitée, le recourant a manifestement commis une négligence grave. En effet, il ne pouvait raisonnablement penser que le montant relativement important figurant sur le compte en question n'était pas déterminant pour le calcul de ses prestations. Quant au fait que le recourant ait transmis ses avis de taxation à l'HG - on ignore d'ailleurs quand exactement - ne répare en rien l'inexactitude de ses réponses au questionnaire. En effet, le devoir d'informer suppose une démarche active de l'assuré. Le recourant ne pouvait donc se contenter de les faire suivre à son assistante sociale bien après avoir rempli sa demande de prestation et attendre d'elle qu'elle vérifie si les montants correspondaient bien à ceux annoncés précédemment. Qui plus est, les avis de taxation en question ne précisaient pas le nombre de comptes dont le recourant était titulaire. La condition de la bonne foi n'étant pas réalisée, il est superfétatoire d'examiner celle de la condition financière. Partant, le refus d'accorder la remise à l'intéressé ne peut être que confirmé. La Cour de céans relève enfin qu'en matière de RMCAS, le délai de péremption est de cinq ans, de sorte qu'en agissant le 20 décembre 2010, l'intimé a agi en temps utile. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est donc rejeté.

A/2175/2011 - 10/10 - 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.