

## GE\_GERICHTE A/1238/2014 vom 25. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1238\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1238_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1238/2014 du 25 août 2014

IT: GE\_GERICHTE A/1238/2014 del 25 agosto 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.08.2014  
A/1238/2014

A/1238/2014 ATAS/926/2014 du 25.08.2014 ( PC ), ADMIS/RENVOI En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1238/2014  
ATAS/926/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 25 août  
2014 9ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE représentée par  
ASSISTAS recourante contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES,  
sis route de Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après :  
l'assurée ou la recourante), née le\_\_\_\_\_ 1952, a déposé une demande de prestations auprès  
du Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) le 17 juin 2008.![endif]>![if>  
2. Par décision du 24 juin 2008, elle a été mise au bénéfice d'une demi-rente invalidité  
à compter du 1 er juillet 2004. Selon la même décision, le montant rétroactif s'élevait à  
CHF 47'891.-. CHF 17'387,80 étaient payés rétroactivement à AXA WINTERTHUR  
ASSURANCES et CHF 29'157.- à l'HOSPICE GENERAL (ci-après : l'hospice).  
CHF 1'346,20 étaient acquittés en mains de l'assurée.![endif]>![if> 3. Par courrier du  
29 août 2008, la Caisse de pension de la société suisse de pharmacie (ci-après : CPSSP) a  
indiqué à l'hospice ne pas être concernée par la décision de l'assurance-invalidité (ci-après :  
AI) et a invité ladite administration à s'adresser à la précédente caisse de pension de  
l'assurée pour obtenir le versement d'une rente invalidité du deuxième pilier.![endif]>![if>  
4. Le 26 septembre 2008, la Fondation collective de prévoyance L'EGIDE a informé  
l'hospice que Mme A\_\_\_\_\_ avait été assurée auprès de leur institution dans le cadre du  
contrat collectif de l'entreprise PHARMACIE B\_\_\_\_\_ SA du 1 er septembre 1997 au 1 er  
février 2003. En date du 14 février 2003, ils avaient transféré la prestation de libre-passage  
à l'Institution de prévoyance de son nouvel employeur, la PHARMACIE C\_\_\_\_\_.  
L'assurée étant au bénéfice d'une demi-rente avec effet au 1 er juillet 2004, l'hospice devait  
s'adresser à l'institution de prévoyance de la PHARMACIE C\_\_\_\_\_ SA.![endif]>![if>  
5. Le 6 octobre 2008, l'hospice a transmis au SPC copie de deux courriers de caisses de  
pension en indiquant qu'il leur adresserait, dès réception, les pièces manquantes au  
dossier.![endif]>![if> 6. Par courrier du 4 novembre 2008, l'hospice, faisant suite à la  
correspondance du 20 octobre 2008 du SPC à l'assurée, a informé, directement, le SPC  
qu'il n'avait pas encore pu regrouper les documents que celui-ci demandait. Les démarches  
auprès des caisses de pension avaient bien été effectuées, mais ces dernières s'étaient  
prononcées négativement, de sorte que le cas était suivi par leur service  
juridique.![endif]>![if> 7. Le 18 février 2009 l'assurée a transmis au SPC son certificat  
maladie 2009 et son relevé bancaire au 31 décembre 2008. Elle précisait ne pas pouvoir  
fournir la copie de la décision de la rente de prévoyance professionnelle étant donné que son  
dossier faisait l'objet d'une procédure judiciaire. Elle joignait copie d'un courrier de son  
avocat à la Caisse de pension de la société suisse de pharmacie.![endif]>![if> 8. Par

courrier du 8 avril 2009, l'assurée a confirmé une nouvelle fois au SPC que la décision de rente de la Caisse de prévoyance professionnelle faisait l'objet d'un litige. Elle transmettait les coordonnées de son avocat et remerciait le SPC de bien vouloir le contacter afin que celui-ci puisse leur transmettre toutes les pièces souhaitées.![endif]>![if> 9. Le 10 juin 2009, l'hospice a sollicité du SPC une prolongation du délai pour produire le document demandé. Copie d'un courrier de Me Eric MAUGUE au SPC du 22 juin 2009 était joint. Le conseil y rappelait que la Caisse de pension de l'assurée refusant de lui accorder des prestations, une demande en paiement avait été adressée au Tribunal cantonal des assurances sociales le 16 mars 2009. Un document annexé attestait que la cause A/911/2009 était pendante et opposait l'assurée, assistée de son conseil, à la caisse de pension de la société suisse de pharmacie et à l'EGIDE.![endif]>![if> 10. Par courrier du 4 août 2009 au SPC, l'avocat faisait suite à une nouvelle correspondance dudit service du 16 juillet 2009 par lequel celui-ci sollicitait copie de la décision de rente de prévoyance professionnelle. Le mandataire se référait à son courrier du 22 juin 2009. Il remerciait le SPC de bien vouloir statuer sur le droit aux prestations de sa mandante au moyen d'une décision motivée dans les meilleurs délais, à défaut de quoi, il agirait pour déni de justice.![endif]>![if> 11. Par courrier du 3 mai 2010 Me MAUGUE a interpellé D\_\_\_\_\_ dans le cadre du litige relatif à la Caisse de pension de la SOCIETE SUISSE DE PHARMACIE à propos de la signature d'une convention.![endif]>![if> 12. Le 23 juin 2010, l'hospice a sollicité la CPSSP. Suite à leur téléphone du 22 juin 2010, il confirmait avoir accordé à la recourante CHF 15'239,05 pour la période du « 00.02.2006 au 31.08.2009 ». Les coordonnées de leur compte bancaire pour le remboursement des avances étaient mentionnées.![endif]>![if> 13. Par décision du 23 juillet 2010, le Service de l'Assistance juridique a condamné la recourante à payer à l'État de Genève le montant de CHF 904.- représentant le solde de la dette relative à la facture de son avocat en CHF 1'804.- compte tenu du fait qu'elle s'était d'ores et déjà dûment acquittée de CHF 900.-. Le paiement pouvait être effectué par mensualités d'un montant minimum de CHF 50.-.![endif]>![if> 14. Par correspondance du 8 octobre 2010 à Me MAUGUE, la CPSSP a fait suite à la convention signée entre les parties. En date du 15 octobre 2010, ils avaient procédé au versement des prestations d'invalidité de la recourante pour la période du 1 er janvier 2006 au 31 octobre 2010 représentant une rente mensuelle de CHF 435.- dûment augmentée de 4 % d'intérêts. Le montant total pour la période du 1 er janvier 2006 au 31 octobre 2010 s'élevait à CHF 28'061,85. Conformément au courrier de l'hospice du 23 juin 2010, CHF 15'239,05 leur seraient versés. Le solde de CHF 12'822,80 parviendrait à la recourante en date du 15 octobre 2010. Par ailleurs, la prestation de libre-passage concernant le dossier ½ actif de l'assurée s'élevait à CHF 27'471,45.![endif]>![if> 15. Par courrier du même jour, la CPSSP s'est adressée à l'hospice. Suite à leur courrier du 23 juin 2010 concernant les remboursements de l'aide accordée à l'assurée, CHF 15'239,05 allaient être versés sur leur compte. Le solde serait versé directement à la recourante.![endif]>![if> 16. Par courrier du 11 octobre 2010, Me MAUGUE a transmis copie du courrier de la CPSSP du 8 octobre 2010 à sa cliente. Ladite correspondance comprenait le décompte des prestations qui lui étaient dues depuis le 1 er janvier 2006 jusqu'au 31 octobre prochain. Son mandat, couvert par l'Assistance juridique, étant arrivé à son terme, il n'était pas en mesure de procéder au contrôle du calcul réalisé par l'institution de prévoyance. Il notait toutefois qu'à première vue, celui-ci ne lui paraissait pas contestable. La Caisse de pension informait par ailleurs la recourante qu'elle verserait un montant de CHF 15'239,05 à l'hospice qui se serait « subordonné » dans ses droits à concurrence de celui-ci. Pour le surplus, il convenait de communiquer à la Caisse de

pension les coordonnées d'un compte de libre-passage pour le transfert de la part active de sa prestation de libre-passage. Il était à disposition pour lui fournir toute information complémentaire souhaitée étant précisé qu'il conviendrait alors de convenir des modalités de son intervention.!

17. Par décision du 12 novembre 2013, le SPC a recalculé le droit aux prestations suite à la révision du dossier. Le recalcul des prestations laissait apparaître un trop versé pour la période rétroactive. Le plan de calcul était détaillé. CHF 113'171.- avaient été versés par le SPC dont il résultait un solde en leur faveur de CHF 45'073.-. Ce montant devait leur être remboursé dans les 30 jours.!

18. Par courrier recommandé du 20 novembre 2013, la recourante a sollicité la remise de l'obligation de restituer le montant de CHF 45'073.-. Elle avait toujours été de bonne foi ne connaissant pas la méthode de calcul utilisée par leur service. Elle ne pouvait pas se rendre compte de l'inexactitude des chiffres figurant sur leur décision. Elle n'avait pas les moyens financiers d'honorer cette importante dette. Un tel remboursement la mettrait dans la gêne pour de nombreuses années.!

19. Par décision sur demande de remise du 16 décembre 2013, le SPC a rejeté la requête. Jusqu'en 2005, le SPC avait envoyé chaque année à tous ses bénéficiaires de prestations complémentaires une nouvelle décision et, depuis 2009, un plan de calcul. De plus, chaque année également, une lettre intitulée « communication importante » était adressée aux assurés. Ce courrier rappelait qu'une augmentation ou une diminution des revenus ou dépenses entraînait une mise à jour des prestations pouvant donner lieu à un versement rétroactif ou à une demande de remboursement.!

Depuis 2002, dans cette même communication, il était demandé de contrôler attentivement les montants figurant dans la décision de prestation la plus récente et de vérifier tout particulièrement les rente AVS/AI, rentes LPP, caisses de retraite, rentes étrangères, etc. Enfin, en signant la demande de prestations complémentaires du 17 juin 2008, elle s'était engagée à informer sans retard le SPC de tout changement de sa situation personnelle, de ses revenus, de son patrimoine et de ses dépenses. C'était lors de la révision de son dossier, en examinant les avis de taxation transmis par l'Administration fiscale cantonale que le SPC avait constaté que l'assurée ne leur avait pas annoncé le droit à une rente du 2<sup>ème</sup> pilier. Auparavant, malgré son obligation de renseigner, elle n'avait jamais transmis une copie de la décision lui octroyant un droit à une rente du 2<sup>ème</sup> pilier, au dépit du fait, que lors de l'instruction du dossier, le SPC lui avait demandé, ainsi qu'à Me MAUGUE, à six reprises, une copie de la décision de la Caisse de pension. La condition de la bonne foi n'était pas admise en l'espèce du fait que l'assurée savait que le SPC était, déjà à l'époque de l'instruction du dossier, dans l'attente du résultat du recours que Me MAUGUE avait fait contre la décision de refus de la Caisse de pension et que ni elle ni Me MAUGUE n'avait jugé utile de transmettre au SPC une copie de ladite décision prise par la Caisse de pension le 8 octobre 2010. La condition de la bonne foi faisant défaut, la remise ne pouvait pas être accordée.

20. Par courrier recommandé du 8 janvier 2014, l'assurée a fait opposition à la décision sur demande de remise du 16 décembre 2013. Le 1<sup>er</sup> janvier 2006, sur conseil de Madame E\_\_\_\_\_, son assistante sociale du Centre d'Actions sociales (ci-après : CAS) de la Servette, elle avait mandaté Me MAUGUE pour la représenter dans le cadre des problèmes liés à sa rente AI. De son point de vue, tout était pris en charge par l'avocat qu'elle rémunérait. Le mandat s'était déroulé à satisfaction jusqu'au bout. Elle était d'autant plus confiante que, depuis 2006, ses revenus ne variaient pas de mois en mois, de même que ses contributions annuelles ce qui lui laissait penser que Me MAUGUE avait définitivement tout arrangé. Il n'était pas de son ressort de contrôler les actes de son avocat qui pouvait avoir fait preuve de distraction ou omis une écriture. Elle n'avait aucun indice

qui aurait pu rompre la confiance qu'elle mettait dans sa relation avec son conseil. Cette confiance restait d'ailleurs intacte à ce jour. A réception du courrier du SPC, elle avait essayé de le joindre téléphoniquement sans succès. Il l'avait rappelée alors qu'elle-même était absente. Les fêtes passées, elle proposait de reprendre contact avec lui au plus vite. Elle avait été de toute bonne foi et demandait au SPC de bien vouloir la mettre au bénéfice d'une remise de l'obligation de restituer la somme de CHF 45'073.-. Par décision sur opposition du 31 mars 2014, le SPC a rejeté l'opposition de la recourante. Bien que le SPC puisse comprendre que l'assurée ait envisagé que son mandataire avait tout réglé dans le cadre du mandat, ledit service ne pouvait pas imaginer que l'assurée n'ait pas réagi en recevant une copie de la décision ainsi que le versement de CHF 12'822,80 sur son compte bancaire. Il n'était donc pas considéré qu'elle avait consciemment caché un fait au SPC mais uniquement qu'il était exigible qu'elle fasse preuve d'une attention plus soutenue dans l'examen des décisions reçues et qu'elle annonce le versement de la rente du 2<sup>ème</sup> pilier. L'assurée ne pouvait pas être dans l'ignorance que le SPC attendait cette décision pour recalculer le montant des prestations complémentaires dès lors que cette prétention avait fait l'objet de six courriers de leur part. Par courrier signé par l'assurée sur papier à entête d'ASSISTAS, assistance administrative au Grand-Lancy, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 31 mars 2014. Elle était titulaire d'un CFC et avait exercé comme aide en pharmacie auprès de plusieurs employeurs en 1970 et 1973 avant de se consacrer entièrement à son ménage et ses enfants. Elle avait repris la vie professionnelle de 1997 à 2003 auprès de deux employeurs, respectivement assurés auprès d'une Caisse de prévoyance différente. Rencontrant des problèmes de santé, elle avait reçu des indemnités journalières de la part d'une assurance perte de gains puis des prestations de l'hospice. Une demande de rente AI avait été déposée et l'hospice avait introduit, pour le compte de l'assurée, une demande auprès du SPC tout en lui conseillant un avocat pour la problématique liée au deuxième pilier. L'AI avait rendu sa décision en juin 2008 et remboursé partiellement à l'hospice et à AXA WINTERTHUR ASSURANCES les prestations déjà avancées. En février 2009 le SPC avait exigé la décision de rente du 2<sup>ème</sup> pilier à un moment où l'affaire était pendante devant le Tribunal des assurances sociales. Le SPC avait par la suite commencé le versement de prestations à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2009 avec rétroactif à juillet 2005 restituant CHF 44'499.- à l'hospice et CHF 7'112.- à la recourante. Ayant reçu cette décision, celle-ci était persuadée que tout était en règle. En 2010, le recours relatif au 2<sup>ème</sup> pilier avait abouti et il était juste que le recourante avait perçu des prestations. Toutefois, tout le monde lui avait assuré que le dossier était en ordre à savoir tant son conseil que l'hospice. Elle n'avait pas imaginé que le SPC n'avait pas reçu copie de cette décision. Le fait que ses revenus étaient restés quasiment identiques l'avait confortée dans cette vision. Il était étrange que l'hospice qui avait introduit la demande de la recourante auprès du SPC lui ait demandé, en sus, de faire valoir ses droits pour le 2<sup>ème</sup> pilier par le biais d'un avocat, et par ses propres moyens. Cette démarche avait multiplié les intervenants et augmenté la confusion. Elle avait dû solliciter l'assistance juridique mais avait consenti ses efforts dès lors qu'elle avait à cœur de faire les choses correctement. Elle était de surcroît de santé fragile et n'avait pas les mêmes possibilités qu'une personne bien portante face à des démarches administratives. Le SPC aurait pu suspendre les prestations versées à la recourante dans l'attente de la décision de versement du 2<sup>ème</sup> pilier si vraiment il avait le sentiment que, soit l'assurée soit le mandataire, étaient lents à s'exécuter. Le SPC aurait par ailleurs pu demander directement auprès de la CPSSP le renseignement en

application de l'entraide administrative prévue à l'article 32 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1). Il ne l'avait pas fait. Il n'avait pas non plus fait signer un ordre de paiement direct à l'assurée, celle-ci les ayant pourtant dûment renseignés qu'une procédure était en cours. Le défaut d'attention et la légèreté dans la gestion du dossier de la recourante ne pouvaient pas lui être imputés. Elle remplissait les conditions de la bonne foi. Elle concluait à l'annulation de la décision de refus de la remise et au constat de sa bonne foi. 23. Par réponse du 28 mai 2014, le SPC a persisté dans les termes de la décision litigieuse. 24. Par courrier du 24 juin 2014, les parties ont été informées que la cause était 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 1<sup>er</sup> 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). 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La question litigieuse porte uniquement sur la remise de l'obligation de restituer des prestations complémentaires cantonales et fédérales, le montant soumis à restitution n'étant pas contesté. 3. À teneur de l'art. 1<sup>er</sup> de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'applique aux prestations versées en vertu des dispositions figurant à son chapitre 2, à moins qu'elle ne déroge expressément à la LPGA (al. 1<sup>er</sup>). Les art. 32 et 33 LPGA s'appliquent aux prestations des institutions d'utilité publique visées au chapitre 3 (al. 2). 4. Aux termes de l'art. 2 LPC, 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 (al. 1<sup>er</sup>). Les cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la présente loi et fixer les conditions d'octroi de ces prestations (al. 2). La loi sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25) définit les prestations cantonales. 5. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LPGA, la restitution de prestations indûment touchées ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Ces deux conditions sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c p. 53; DTA 2001 p. 160, C 223/00, consid. 5). Les art. 4 et 5 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11) définissent la situation difficile. 6. L'art. 24 al. 1, 2<sup>e</sup> phrase LPCC énonce les mêmes principes que l'art. 25 LPGA. 7. Selon la jurisprudence, il ne suffit pas que la personne assurée ait ignoré qu'elle n'avait pas droit aux prestations versées pour admettre qu'elle 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 - comme par exemple une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner - sont l'expression d'un comportement dolosif ou d'une négligence grave (cf. ATF 130 V 414

consid. 4.3 p. 419). En revanche, la personne assurée peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne représentent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 112 V 97 consid. 2c p. 103; 110 V 176 consid. 3c p. 180). Il convient de considérer qu'il y a négligence grave lorsque le bénéficiaire de prestations 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 176 consid. 3d p. 181 ; Arrêt du Tribunal Fédéral du 16 août 2011 dans la cause 9C\_41/2011).

8. Les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC ; état au 1<sup>er</sup> janvier 2014) relèvent que si une prestation complémentaire est versée à tort et que l'assuré ne pouvait s'en rendre compte en faisant preuve de l'attention minimale exigible au vu des circonstances et du cas d'espèce, force est d'admettre la bonne foi (DPC 4652.01).

9. A l'inverse, nul ne peut invoquer sa bonne foi si elle est incompatible avec l'attention que les circonstances permettaient d'exiger de lui. Ainsi, la condition de la bonne foi n'est pas réalisée lorsque le versement à tort d'une prestation complémentaire est dû à une grave négligence ou au dol de la personne tenue à restitution. Tel est le cas si, lors de la demande ou de l'examen des conditions économiques, certains faits n'ont pas été annoncés ou que des indications fausses ont été fournies intentionnellement ou par négligence grave; il en est de même lorsqu'un changement dans la situation personnelle ou matérielle n'a, intentionnellement ou par grave négligence, pas été annoncé ou l'a été avec retard, ou lorsque des prestations complémentaires indues ont été acceptées en connaissance de leur caractère indu (DPC 4652.02). Comme une négligence grave celui qui, lors de la demande de prestation, de l'examen des conditions du droit, ou du paiement de la prestation complémentaire indûment versée, ne fait pas preuve du minimum d'attention que l'on est en droit d'exiger de lui en fonction de ses compétences et de son degré de formation. Fait preuve de négligence grave la personne qui omet d'annoncer une modification de son revenu, qu'il soit obtenu sous forme de rente ou en vertu de l'exercice d'une activité lucrative, ou qui ne contrôlant pas – ou seulement à la légère – la feuille de calcul des prestations complémentaires, n'annonce pas une erreur de calcul qu'elle aurait facilement pu reconnaître (DPC 4652.03).

10. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

11. 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).

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante n'a pas voulu cacher la perception de sa rente de 2

ème pilier intentionnellement. Comme le relève le SPC seule est litigieuse l'attention que devait porter l'intéressée au suivi de son dossier et plus particulièrement à la demande, réitérée, du SPC d'obtenir copie de la décision de rente du 2ème pilier. Les directives mentionnent que le juge peut tenir compte des compétences et du degré de formation de l'assurée. En l'espèce, la recourante, atteinte dans sa santé, a régulièrement collaboré avec toutes les administrations concernées. Elle a été entourée par de nombreuses personnes dont les interventions n'étaient pas clairement délimitées. Ainsi, comme l'a relevé la recourante, l'hospice a gracieusement intercédé pour la soutenir dans certaines démarches, tout en sollicitant qu'elle prenne un avocat pour obtenir le paiement de la rente du 2ème pilier. Compte tenu des différentes interactions entre les administrations et son conseil, du fait que le domaine des assurances sociales et, comme en l'espèce, des nombreux remboursements entre administrations, revêtent une certaine complexité, du fait que la recourante avait spécifiquement pris un mandataire qu'elle a dûment rétribué en fonction de ses possibilités pendant 3 ans (CHF 1'800.- : CHF 50.-), qu'elle pouvait imaginer que celui-ci aie dûment transmis les informations relatives au 2ème pilier à toutes les institutions ayant besoin de cette décision, que de surcroît, il ressort de la lettre quelque peu sibylline du conseil lors de la clôture de son mandat que manifestement seule restait à entreprendre comme démarche l'ouverture d'un compte de libre-passage, le degré d'attention exigible de l'assurée est quelque peu atténué. Entre encore en considération le fait, tel que l'a relevé la recourante, que le SPC savait pour l'avoir fréquemment demandée, que la décision d'octroi de rente du 2ème pilier devait intervenir. Ce service aurait pu effectivement solliciter, au titre de l'entraide administrative, ou à tout le moins intervenir auprès de la recourante pour qu'elle les autorise à entreprendre lesdites démarches directement auprès de la Caisse. La recourante avait d'ailleurs dûment invité le SPC, par courrier du 8 avril 2009, à prendre tous renseignements utiles et nécessaires en relation avec le deuxième pilier directement auprès de son mandataire. Enfin, ledit service aurait effectivement pu, à l'instar de ce qui s'est déroulé tant avec l'OAI qu'avec l'hospice, faire procéder à des versements directement en leurs mains pour toutes éventuelles prestations arriérées. !endif]>![if> 12. Dans ces conditions et compte tenu de toutes les circonstances, la recourante doit être considérée comme remplissant la condition de la bonne foi.![endif]>![if> 13. Le recours sera donc partiellement admis, la première condition nécessaire et cumulative à l'obtention de la remise étant remplie. La décision sur opposition du 31 mars 2014 est annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour examen de la condition économique. !endif]>![if> 14. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 31 mars 2014.![endif]>![if> 3. Renvoie la cause au SPC dans le sens des considérants.![endif]>![if> 4. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 5. 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.![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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