

GE_GERICHTE A/2209/2013 vom 3. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2209_2013

FR: GE_GERICHTE A/2209/2013 du 3 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/2209/2013 del 3 dicembre 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 03.12.2013
A/2209/2013

A/2209/2013 ATAS/1186/2013 du 03.12.2013 (PC) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2209/2013
ATAS/1186/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 3
décembre 2013 2ème Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié à
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CRETZAZ Jean-Marie
recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de
Chêne 54, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur D _____ (ci-après l'assuré ou
le recourant), né en 1970, domicilié à Genève depuis 1991, est au bénéfice d'une rente
d'invalidité depuis le 1 er février 1999. Il a sollicité le 14 janvier 2000 des prestations
complémentaires de l'office cantonal des personnes âgées (OCPA, devenu le service des
prestations complémentaires en 2008: ci-après le SPC ou l'intimé). !endif>!if> 2.
Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations complémentaires (remplie par
l'assuré, mais transmise par l'Hospice général), les diverses pièces suivantes ont été réunies
en mai 2000 et notamment : le courrier de l'assuré du 3 mai 2000 fournissant plusieurs
renseignements et précisant "je ne toucherai pas de rente LPP, mais un capital de CHF
4000.-; (cf. annexe)"; le certificat d'assurance collective de la Bâloise du 6 juillet 1999, pour
l'année 1999, qui mentionne que l'assurance a débuté en janvier 1996, que le salaire annuel
annoncé et assuré est de CHF 7'421.-, que la rente d'invalidité annuelle est de CHF 8'210.-
et que la prestation de sortie est de CHF 4'473.-; le certificat de salaire de "X _____ "
pour 1998 de CHF 7'420.-/an, l'assuré ayant griffonné "je n'ai pas travaillé en 1999" et un
contrat de travail du 17 novembre 1997 au 7 février 1998 avec "X _____ ", pour un
salaire de CHF 14'450.- au total (CHF 5'500.- par mois), sur lequel l'assuré a écrit "dernier
contrat".!endif>!if> 3. L'assuré a perçu le 10 octobre 2000 les rentes d'invalidité LPP
du 7 mai 1998 au 30 septembre 2000 de son institution de prévoyance d'un montant de CHF
40'372.80. Le même jour, il a reçu la rente trimestrielle du 1 er octobre au 31 décembre
2000 de CHF 4'205.50.!endif>!if> 4. L'assuré a adressé trois courriers manuscrits à
l'OCPA les 28 septembre, 13 et 18 octobre 2000 afin de transmettre des pièces et exposer,
en particulier, les motifs expliquant la baisse importante de la valeur vénale d'un terrain en
Valais, élément nouveau dont il convenait de tenir compte.!endif>!if> 5. Par décision
provisoire du 20 novembre 2000, puis définitive du 12 janvier 2001, l'assuré a été mis au
bénéfice de prestations complémentaires avec effet au 1 er février 1999. Le plan de calcul
tient compte des éléments de revenus annuels suivants : rente AI (CHF 16'140.-), rente LPP
(CHF 8'210.-), produit des biens mobiliers et immobiliers et part de fortune (CHF 423.- et
CHF 3'079.-). La prestation annuelle cantonale (PCC) est de CHF 8'226.- dès février 1999
et la prestation fédérale (PCF) de CHF 12.- dès janvier 2000, le plan de calcul dès le 1 er
janvier 2000 réduisant les produits de la fortune à CHF 2'050.-.!endif>!if> 6. Pour

les années 2001 à 2009, le montant des prestations a toujours été fondé, en particulier, sur une rente LPP de CHF 8'210.-/an et des décisions y relatives ont été notifiées à l'assuré. 7. Une communication importante a été adressée à l'assuré à plusieurs reprises durant les années 2002 à 2010 l'invitant notamment à contrôler attentivement les montants figurant dans la dernière décision de prestations, à vérifier qu'ils correspondent à sa situation actuelle, particulièrement le montant des ressources (rentes AVS/AI, LPP, etc.) et à communiquer tout changement. 8. Le 12 août 2010, le SPC a entrepris une révision périodique du dossier de l'assuré, après avoir constaté qu'il ressortait de ses avis de taxation qu'il avait perçu une rente de la prévoyance professionnelle de CHF 16'010.- en 2005 et 2006; CHF 16'171.- en 2007 et 2008 et de CHF 16'300.- en 2009. 9. Par décision du 21 juin 2011, le SPC a réclamé à l'assuré la somme de CHF 34'108.- de prestations trop perçues du 1^{er} août 2006 au 30 juin 2011 et a supprimé toute prestation dès le 1^{er} juillet 2011. Sur opposition, la somme réclamée a été ramenée à CHF 32'562.- Le recours formé par l'assuré a été rejeté par arrêt du 19 juin 2012 (ATAS/807/2012). 10. En substance, la Chambre de céans a considéré que la décision querellée était intervenue dans le délai de péremption d'un an de l'art. 25 LPGA. Au surplus, les conditions d'une révision étaient réunies, le SPC ayant découvert lors de la révision d'août 2010 seulement que l'assuré percevait une rente de prévoyance professionnelle du double de celle mentionnée dans le certificat d'assurance de l'institution de prévoyance produit lors de la demande initiale et pris en compte depuis lors. 11. Le recours de l'assuré a été rejeté par arrêt du Tribunal fédéral du 10 janvier 2013 (9C-632/2012). 12. Par un long courrier du 26 février 2013, l'assuré a demandé la remise de l'obligation de restituer la somme de CHF 32'562.-. Personne n'avait réellement tenu compte du fait que les grands soucis de santé dont il souffrait étaient si angoissants qu'ils primaient sur toutes les formalités, raison pour laquelle il s'était tourné dès le début des procédures vers un service de la ville, afin, précisément, d'être sûr de ne commettre aucune faute. Il avait apporté tous les documents reçus et n'avait aucune raison de soupçonner une quelconque erreur. D'ailleurs, dans le cadre de la précédente procédure, il avait été démontré que l'institution de prévoyance ne lui avait jamais adressé aucun document mentionnant une augmentation de la rente. L'assuré avait d'ailleurs toujours transmis au comptable qui s'occupait de ses déclarations fiscales tous les documents. Bien qu'il ait été admis que c'était l'institution de prévoyance qui avait fait l'erreur d'émettre le certificat de prévoyance erroné, le premier jugement de la Cour cantonale retenait l'assuré responsable de tout cela puis prétendait que, lors de la modification du montant du loyer, il aurait appartenu à l'assuré de rechercher et de trouver dans le plan de calcul l'erreur quant au montant de la rente LPP. Contrairement à ce que soutenait le premier jugement de façon arbitraire et injuste, l'assuré avait annoncé la modification du loyer par un entretien téléphonique au SPC, lors duquel les démarches à faire lui avaient été expliquées. Ainsi, lorsqu'il avait reçu la décision de modification, il n'avait aucune raison de contrôler ou de rechercher une éventuelle erreur datant du début de l'établissement de son dossier, puisqu'aucun autre changement ne s'était jamais produit. Il aurait compris qu'on l'accuse de n'avoir pas renseigné le SPC s'il avait effectivement reçu un document de l'institution de prévoyance l'informant, après plusieurs années, que sa rente subissait une augmentation substantielle, mais tel n'avait pas été le cas. Outre sa situation financière difficile, l'assuré tenait à réitérer sa totale bonne foi dans cette affaire : à aucun moment il ne s'était aperçu de quoi que ce soit car il n'y avait jamais eu de modification de la rente, après le début du versement des prestations. Il pensait donc que ce qu'il recevait était le montant auquel il

avait droit et n'avais plus remis ce paramètre en question.![endif]>![if> 12. Par décision du 11 avril 2013, le SPC a rejeté la demande de remise, la condition de la bonne foi n'étant pas réalisée.![endif]>![if> 13. L'assuré a formé opposition le 13 mai 2013. Atteint d'une grave maladie depuis son jeune âge, l'assuré s'était adressé à l'Hospice général en se bornant à fournir tous les documents réclamés, sans être en mesure de s'investir lui-même dans les démarches administratives, cette institution ayant pris en charge toutes les démarches en vue de l'obtention de prestations, ce qui avait abouti dans le courant de l'année 2000 à une décision d'octroi de prestations de l'ordre de CHF 1'200.- par mois. Dans son arrêt du 19 juin 2012, la Cour avait estimé qu'il était compréhensible que l'assuré n'ait pas considéré qu'il y avait eu un changement de situation, puisque sa rente avait toujours été de CHF 16'000.-/an, de sorte que l'on ne pouvait pas retenir de négligence grave de la part de l'administré. Ce dernier avait appris en 2011 seulement qu'il avait droit à une aide sociale communale, de sorte que l'on ne pouvait pas raisonnablement retenir qu'il aurait, d'une part, sciemment trompé l'autorité pour obtenir des prestations cantonales supérieures à celles auxquelles il avait droit, alors que, parallèlement, il renonçait durant près de 10 ans à la rente communale. D'ailleurs, c'était en raison d'une grave atteinte à sa santé que l'assuré n'avait pas été en mesure de participer adéquatement au suivi de son dossier. La grave maladie génétique dont il souffrait l'obligeait à de fréquents examens médicaux, impliquait des effets secondaires très invalidants et une grande angoisse. Tout cela l'empêchait de consacrer aux arcanes administratives de son dossier toute l'attention que l'on pourrait attendre d'une personne ne souffrant pas des mêmes problèmes. Au surplus, il remplissait les conditions de la situation difficile pour se voir accorder une remise.![endif]>![if> 14. Par décision sur opposition du 31 mai 2013, le SPC a rejeté l'opposition, précisant que l'éventuelle faute d'un mandataire ou d'un auxiliaire était imputable à la partie elle-même. La condition de la bonne foi n'étant pas réalisée, il ne se justifiait pas d'examiner celle de la situation financière difficile.![endif]>![if> 15. Par acte du 3 juillet 2013, l'assuré, représenté par avocat, a formé recours contre la décision sur opposition et a conclu à son annulation, à l'octroi d'une remise de l'obligation de restituer le montant réclamé et, préalablement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée ainsi qu'à l'apport de la précédente procédure A/3291/2011. En premier lieu, la décision sur opposition devait être annulée, en raison de la violation du droit d'être entendu et du double degré de juridiction. La décision n'était pas motivée, reprenait l'argumentation de la décision initiale, laquelle se bornait à citer deux extraits de l'arrêt du 19 juin 2012 de la Chambre des assurances sociales et l'autorité n'avait pas examiné les arguments soulevés, notamment concernant l'état de santé de l'assuré. En second lieu, la bonne foi se présuait, en vertu d'un principe général du droit et celle-ci était niée seulement si l'assuré s'était rendu coupable d'une intention malicieuse ou d'une grave négligence, la bonne foi étant admise lorsque l'omission ne constituait qu'une violation légère du devoir de renseigner. Dans son précédent arrêt, la Cour avait expressément exclu que l'assuré se soit rendu coupable d'une négligence grave. Au surplus, l'assuré avait confié la gestion de son dossier administratif à Mme E_____, assistante sociale, après l'obtention de la prestation initiale, l'assuré avait lui-même géré ses relations avec le SPC, en s'adressant pour toute démarche qu'il ne maîtrisait pas, d'abord à l'Hospice général, puis au SPC afin de vérifier qu'il ne commettait pas d'erreur. Pour le surplus, l'assuré reprend la motivation déjà développée dans son opposition concernant son état de santé, son impossibilité de participer adéquatement au suivi de son dossier et sa situation financière difficile.![endif]>![if> 16. Le SPC a répondu le 9 août 2013 et a conclu au rejet du recours. S'agissant du droit d'être

entendu, il suffisait que l'autorité mentionne, brièvement, les motifs qui l'avaient guidée, sans nécessiter d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués. Nonobstant ses problèmes de santé, le recourant avait régulièrement correspondu avec le SPC depuis le dépôt de sa demande de prestations intervenue le 14 août 2000 et il avait, à plusieurs reprises, chargé des tiers de gérer ses affaires, alors que l'éventuelle faute d'un mandataire était imputable à l'assuré. 17. Dans le délai prolongé au 17 octobre 2013, l'assuré a répliqué. L'exigence de la motivation était capitale, car le justiciable devait pouvoir vérifier que ses arguments aient effectivement été examinés. Or, l'autorité n'avait pas traité les arguments soulevés par l'assuré, ce qui ne permettait pas à l'assuré d'estimer ses chances de succès dans le cadre d'un recours. La violation du droit d'être entendu impliquait l'annulation de la décision, la réparation d'un vice devant l'instance de recours ne concernant que des cas exceptionnels. S'agissant de la bonne foi du recourant, ce dernier produisait un certificat médical récent appuyant ses allégués. Selon le Dr L., médecin-adjoint au service de transplantation, l'assuré avait bénéficié le 12 février 1995 d'une transplantation hépatique. Il avait présenté ensuite de nombreuses complications médicales engageant son pronostic vital et ayant nécessité de nombreuses hospitalisations et consultations obligatoires. Son état de santé se dégradait, selon les bilans biologiques et radiologiques effectués ces dernières années. Les complications et les traitements instaurés entraînaient au quotidien des effets secondaires et un état de stress constant, influençant lourdement la capacité de l'assuré à gérer les tâches administratives. L'ensemble de l'état de santé avait impliqué un état d'angoisse secondaire nécessitant un suivi psychiatrique. Il présentait donc depuis 20 ans des complications de santé ayant des conséquences sur sa capacité de concentration. 18. Le SPC a dupliqué le 7 novembre 2013. L'assuré ne prétendait pas que son état de santé l'empêchait de mandater des tiers afin de communiquer avec le SPC, ce qu'il avait du reste toujours fait lorsque cela était nécessaire ou lorsqu'il s'estimait non rompu à certaines démarches administratives. 19. Sur quoi la cause a été gardée à juger. 20. L'assuré a encore fait valoir, le 22 novembre 2013, que le SPC, à mots à peine voilés, mettait en doute les insurmontables problèmes de santé qu'il devait endurer depuis des années. 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^{er} 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 LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 4. Le litige porte uniquement sur les conditions d'une remise de

l'obligation de restituer les prestations complémentaires, et singulièrement sur celle de la bonne foi. 5. La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu, découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il y a cependant violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et traiter les problèmes pertinents (ATF 126 I 102 consid. 2b, 124 v 181, consid. 1a, 122 IV 14 consid. 2c et les références). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu -pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72 , 126 V 132 consid. 2b et les références). 6. a. 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 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. 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. b. 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). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC; ATF 130 V 414 consid. 4.3 p. 419 sv et les références). c. 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 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 ou des membres de sa famille. Le devoir d'informer l'administration s'étend à tous les faits qui ont une importance pour le droit aux prestations. 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. On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; ATF non publié 8C_385/2011 du 13 février 2012, consid. 3). On signalera enfin, 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). d. Dans l'arrêt P 14/93 du 26 août 1993, traduit dans la VSI 1994 p. 125 (consid. 4b p. 129), le Tribunal fédéral des assurances a rappelé, en se référant à l'arrêt non publié B. du 3 mars 1993 (P 42/92), que la question de l'inattention d'un bénéficiaire de prestations pourrait jouer un rôle lorsque l'intéressé remplit dûment son obligation de renseigner, mais que la caisse de compensation fixe ensuite par inadvertance le montant des prestations complémentaires sur la base d'une rente de vieillesse trop basse. Il a été ainsi exposé, au consid. 5b de l'arrêt P 42/92 (cité par ULRICH MEYER, Die Rückerstattung von Sozialversicherungsleistungen, RSJB 131/1995 p. 483), qu'on ne doit en règle générale pas exiger du bénéficiaire de prestations complémentaires qu'il vérifie entièrement la feuille de calcul des prestations. Si l'on peut attendre de l'intéressé qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce à la caisse, pareille obligation ne s'étend pas en présence d'incertitudes portant sur la qualification de divers postes du calcul, que seuls des spécialistes sont en mesure de maîtriser. Depuis lors, dans l'arrêt 8C_1042/2009 précité (consid. 4.4), le Tribunal fédéral a laissé indécis le point de savoir si l'assuré doit ou non vérifier l'exactitude de chaque élément du calcul et rapporter d'éventuelles inexactitudes à l'administration (ATF non publié 9C_384/2010 du 15 mars 2011, consid. 3.2). Dans un ATF non publié 9C_189/2012 du 21 août 2012, consid. 4, le Tribunal fédéral a considéré que selon la jurisprudence (cf. arrêt P 42/92 consid. 5b, cité par ULRICH MEYER, Die Rückerstattung von Sozialversicherungsleistungen, RSJB 131/1995 p. 483), on peut attendre de l'intéressé qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce à la caisse. Le manque de vigilance du recourant, qui a omis de contrôler la feuille de calcul et d'informer l'administration de l'erreur manifeste qu'elle venait de commettre, exclut par conséquent sa bonne foi (voir également l'ATF non publié 9C_498/2012 du 7 mars 2013, consid. 4.2). 7. a. Il y a lieu de rappeler que, dans le domaine des assurances sociales, le juge 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). 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).>[if> b. 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). 8. En l'espèce, la décision de refus de remise du 11 avril 2013 respecte les exigences de motivation du Tribunal fédéral. Elle expose brièvement mais précisément les dispositions applicables et les conditions de la bonne foi, puis rappelle qu'elle ne peut pas être admise à l'égard d'un assuré qui n'avise pas l'autorité des changements dans sa situation, ou du fait que les montants figurant dans les décisions d'octroi ne correspondent pas à ceux effectivement perçus. Les décisions citent des extraits de l'arrêt du 19 juin 2012, afin d'exposer les faits qui ont permis au SPC de nier la bonne foi de l'assuré. S'agissant de l'absence de motivation de la décision quant à l'incidence de l'état de santé sur l'examen de la réalisation de la condition de la bonne foi, il ne s'agit pas d'une violation suffisamment grave qui ne pourrait pas être réparée devant la Chambre de céans. Le grief de la violation du droit d'être entendu et du double degré de juridiction est donc mal fondé.>[if> 9. S'agissant de l'examen de la condition de la bonne foi, il est établi que, lorsqu'il a demandé des prestations complémentaires en janvier 2000, l'assuré ne percevait pas encore de rente LPP et que son institution de prévoyance lui avait délivré un certificat de prévoyance projetant en 1999 une rente annuelle d'invalidité de CHF 8'210.-. Il a aussi été déterminé que l'assuré a toujours perçu une rente LPP trimestrielle de l'ordre de CHF 4'200.- versée la première fois en octobre 2000, de sorte qu'il n'y a en effet jamais eu d'augmentation ou de modification du montant de la rente versée. Comme déjà relevé dans l'arrêt du 19 juin 2012, il est donc compréhensible que l'assuré n'ait pas considéré qu'il y avait un changement de situation à annoncer en ce qui concernait le montant de sa rente LPP, ce d'autant qu'il avait commencé à la percevoir à la même période que les prestations complémentaires, versées dès novembre 2000 et que son revenu mensuel global avait toujours été sensiblement le même. Au surplus, il n'a jamais été prétendu que l'assuré aurait sciemment dissimulé le montant de cette rente, dans le but de se procurer un enrichissement illégitime, en ayant conscience et volonté d'obtenir une prestation indue, car dans un tel cas, le SPC aurait sans aucun doute notifié une décision de restitution portant sur une période de 10 ans, soit du 1^{er} août 2001 au 30 juin 2011 en application de la prescription pénale de l'art 25 al. 2 LPGA. D'ailleurs, l'assuré a déclaré cette rente au fisc, ce qui, sans être un élément décisif à lui seul selon le Tribunal fédéral, tend à confirmer l'absence d'intention malicieuse.>[if> Cela ne suffit cependant pas pour admettre la réalisation de la condition de la bonne foi. 10. En premier lieu, si le montant effectif des revenus de l'assuré n'a pas changé, le montant de la rente LPP projeté par l'institution de prévoyance et annoncé au SPC lors du dépôt de la demande le 14 janvier 2000 a bien été modifié avant la décision définitive du 12 janvier 2001. Il est possible que l'institution de prévoyance n'ait pas adressé à l'assuré un courrier l'informant du montant de la rente qui lui serait versée dès le 1^{er} octobre 2000. Il est cependant exigible d'un assuré qu'il informe le SPC du montant de la rente LPP

effectivement reçue pour la première fois le 10 octobre 2000 (CHF 4'200.- pour un trimestre), alors qu'il a personnellement transmis le 8 septembre 2000 le certificat de prévoyance en entourant la rubrique "rente annuelle d'invalidité : CHF 8'210.-" ne serait-ce que pour informer le SPC du montant réellement perçu, afin de s'assurer que la réalité correspond à la projection. Si l'assuré s'est peut-être totalement reposé sur son assistante sociale durant certaines périodes, il ressort du dossier qu'il a lui-même correspondu à plusieurs reprises avec le SPC, en des termes clairs et précis, en particulier les 28 septembre, 13 et 18 octobre 2000 (pièces 10 à 12) exposant les motifs de la chute vertigineuse de la valeur vénale d'un terrain en Valais. Sans remettre en cause la gravité de l'atteinte dont souffre l'assuré, ni l'importance et la fréquence des soins ainsi que l'état anxiodépressif secondaire, il n'est pas possible de retenir qu'il n'était pas capable en octobre 2000 d'informer le SPC de la rente reçue durant ce mois-là, et ce pour des motifs de santé. Corolairement, le 10 octobre 2010, l'institution de prévoyance a versé à l'assuré le rétroactif de rente de 1998 à 2000 pour plus de CHF 40'000.-. L'assuré ne prétend pas que ce montant aurait été versé à l'Hospice général en remboursement de l'assistance versée depuis juillet 1999, cette institution ayant d'ailleurs compensé sa créance avec l'arriéré de rente AI à concurrence de CHF 6'725.- (cf. décision AI du 1er décembre 1999, annexée à la pièce 1), puis avec l'arriéré de prestations complémentaires à concurrence de CHF 14'168,25, soldant ainsi la dette d'assistance de l'assuré à son égard (cf. pièces 16 et 18). Or, il est exigible d'un assuré qui est objectivement en mesure de s'adresser à deux reprises au SPC pour l'informer de la diminution de la valeur vénale d'un terrain en octobre 2000, d'annoncer aussi le versement d'une somme de CHF 40'000.- L'assuré ne prétend d'ailleurs pas qu'il aurait informé son assistante sociale de ce versement. 11. En second lieu, l'obligation de renseigner de l'assuré ne se limite pas à devoir annoncer les modifications de revenu, mais comprend aussi celui de vérifier que les montants figurant dans les décisions et plans de calculs correspondent à la réalité et à signaler à l'autorité toute erreur. C'est dans ce but que le SPC adresse aux assurés un document intitulé «communication importante». Dès 2002, sa teneur précisait les deux facettes de ce devoir de renseignement et mentionnait en particulier : « Nous vous invitons à contrôler attentivement votre décision ci-jointe. Au chapitre des ressources, veuillez vérifier que les montants inscrits correspondent bien à votre situation pour l'année 2002, plus particulièrement les rubriques suivantes : rentes AVS/AI, rente LPP, caisse de retraite, rente étrangère, fortune mobilière et produit de la fortune ». Or, l'assuré n'a pas procédé à cette vérification et n'en pas non plus chargé son frère ou son assistante sociale, lors de la notification des décisions fixant le montant des prestations du 12 janvier 2001, du 3 janvier 2002, du 2 janvier 2003, du 5 janvier 2004, du 3 janvier 2005, du 12 décembre 2008 et du 11 décembre 2009, alors que celles-ci se fondaient sur une rente annuelle de CHF 8'210.-, qui se montait en réalité à un plus de CHF 16'000.-. A l'instar de toute personne capable de discernement, l'assuré devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise et exigible – c'est-à-dire en vérifiant le montant des revenus - que la prestation était indue dans ces conditions. Au surplus, si son état de santé limitait sa capacité à s'occuper de ses démarches administratives, il n'était pas incapacitant au point de l'empêcher de confier à un tiers cette tâche et les documents pertinents, puisqu'il a été capable de transmettre ces documents à la personne chargée de sa déclaration d'impôts. C'est à titre exemplatif que l'arrêt du 19 juin 2012 retient que lors de l'annonce du changement du montant du loyer en 2003, il était exigible de l'assuré qu'il vérifie tous les montants retenus dans le nouveau plan de calcul. Cette vérification s'imposait lors de la notification de chaque décision de prestation. La jurisprudence du

Tribunal fédéral est stricte et retient que, à défaut, l'assuré fait preuve de négligence grave. Ainsi, en faisant preuve de l'attention que l'on peut exiger d'une personne capable de discernement dans une situation de santé identique et dans les mêmes circonstances, cas échéant en soumettant les décisions et courriers de l'intimé à son frère ou à une assistante sociale, le recourant aurait dû et pu vérifier si le montant des prestations était fixé sur la base des revenus effectivement réalisés et informer l'intimé du montant réel de la rente LPP. Il ressort en effet du dossier qu'une simple lecture des feuilles de calcul de prestation permettait de déceler que la rente était prise en compte à concurrence de la moitié de sa valeur seulement. Le manque de vigilance du recourant ou de ses auxiliaires exclut par conséquent sa bonne foi. 12. Il n'est ainsi pas utile d'ordonner d'autres actes d'instruction. D'une part, la gravité de la pathologie de l'assuré, l'importance et la fréquence des soins, leur caractère pénible et leurs effets secondaires ainsi que les angoisses secondaires ne sont nullement remis en doute. Une expertise médicale actuelle ne permettrait toutefois pas de modifier l'appréciation des preuves de la capacité de l'assuré, en particulier en octobre 2000 et en mars 2003, d'apprécier la situation, de réunir des pièces et des informations, de s'adresser par écrit à l'administration et de mandater un tiers au besoin, pour le suppléer. Il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il était exigible de l'assuré qu'il se conforme au devoir de renseignement auquel il était astreint. D'autre part, l'audition de l'assistante sociale qui était en charge du dossier de l'assuré lors du dépôt de la demande initiale n'est pas non plus de nature à modifier cette appréciation, car à ce moment-là personne ne connaissait le montant réel de la rente LPP. Au surplus, l'assuré a adressé les autres courriers de 2000 seul, sans l'aide de son assistante sociale. 13. Ainsi, force est de constater que c'est à juste titre que le SPC a nié la réalisation de la condition de la bonne foi. Cette condition n'étant pas réalisée, il n'est pas nécessaire d'examiner celle de la situation difficile pour le recourant. C'est donc à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de remise formée par le recourant. 14. Le recours, mal fondé, est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. 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. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le