

GE_GERICHTE A/2960/2016 vom 30. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2960_2016

FR: GE_GERICHTE A/2960/2016 du 30 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/2960/2016 del 30 maggio 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CONFIGNON recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route de Chêne 54, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1991, célibataire, domicilié à Confignon (GE), est au bénéfice, depuis le 1 er janvier 2010, d'une rente entière de l'assurance-invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, ainsi que d'une allocation pour impotent. 2. Le 24 septembre 2010, l'assuré a requis des prestations complémentaires auprès du service des prestations complémentaires (ci-après : SPC). Ses ressources annuelles se montaient à CHF 18'240.- de rente AI, CHF 13'680.- d'allocation pour impotent et CHF 16.55 d'intérêts de capitaux, et d'une fortune de CHF 5'860.-, et ses dépenses s'élevaient à CHF 5'069.- au titre de l'assurance-maladie. À propos de sa situation économique figurait la mention « Assurance maladie (adulte) + déplacement et pension externat B_____ ». 3. Par décision du 15 octobre 2010, le SPC a mis l'assuré au bénéfice, dès le 1 er septembre 2010, de prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF) de CHF 463.- par année (CHF 39.- par mois) et de prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC) de CHF 9'922.- par année (CHF 827.- par mois), sur la base d'un revenu annuel déterminant de CHF 18'257.- pour les PCF et de CHF 18'720.- pour les PCC, et de dépenses reconnues (forfait) de CHF 18'720.- pour les PCC et de CHF 28'642.- pour les PCC. Il avait droit aussi au subside d'assurance maladie, de CHF 375.- par mois, correspondant au montant de la prime moyenne cantonale, versé par le service de l'assurance-maladie à son assureur-maladie. 4. Le 6 décembre 2010, le SPC a adressé à l'assuré sa circulaire « Communication importante 2011 », le renseignant sur les prestations complémentaires pour l'année 2011 (indexation des barèmes, adaptation des deniers de nécessité, augmentation de la franchise immobilière), lui fournissant diverses autres informations et lui rappelant son obligation de renseigner (soit de contrôler les montants figurant dans le plan de calcul qui lui parviendrait prochainement et de signaler sans délai toute modifications survenue dans sa situation personnelle et/ou financière, pièces justificatives à l'appui, avec la précision que tout changement ferait l'objet d'un re-calcul du montant de ses prestations pouvant donner à un versement rétroactif ou à une demande de remboursement des prestations versées indument). 5. Le 20 décembre 2010, le SPC a adressé à l'assuré le nouveau calcul de ses prestations dès le 1 er janvier 2011. L'assuré avait droit désormais à CHF 469.- de PCF par année (CHF 40.- par mois) et à CHF 10'093.- de PCC par année (CHF 842.- par mois), ainsi qu'à un subside de l'assurance-maladie de CHF 405.- par mois. Il en a été de même les années qui ont suivi. Ainsi : - pour l'année 2012, selon le nouveau calcul des prestations du 19 décembre 2011 corrigé le 28 janvier 2013, l'assuré a eu droit à des PCF de CHF 957.- par année (CHF 80.- par mois), à des PCC de CHF 10'093.- de PCC par année

(CHF 842.- par mois), et à un subside de l'assurance-maladie de CHF 424.- par mois; !endif]>![if> - pour l'année 2013, selon le nouveau calcul des prestations du 17 décembre 2012 corrigé le 28 janvier 2013, l'assuré a eu droit à des PCF de CHF 966.- par année (CHF 81.- par mois), à des PCC de CHF 10'178.- par année (CHF 849.- par mois), et à un subside de l'assurance-maladie de CHF 436.- par mois; !endif]>![if> - pour l'année 2014, selon le nouveau calcul des prestations du 13 décembre 2013, l'assuré a eu droit à des PCF de CHF 977.- par année (CHF 82.- par mois), à des PCC de CHF 10'178.- par année (CHF 849.- par mois), et à un subside de l'assurance-maladie de CHF 448.- par mois; !endif]>![if> - pour l'année 2015, selon le nouveau calcul des prestations du 15 décembre 2014, l'assuré a eu droit à des PCF de CHF 973.- par année (CHF 82.- par mois), à des PCC de CHF 10'220.- par année (CHF 852.- par mois), et à un subside de l'assurance-maladie de CHF 464.- par mois; !endif]>![if> - pour l'année 2016, selon le nouveau calcul des prestations du 11 décembre 2015, l'assuré a eu droit à des PCF de CHF 971.- par année (CHF 81.- par mois), à des PCC de CHF 10'220.- par année (CHF 852.- par mois), et à un subside de l'assurance-maladie de CHF 485.- par mois. !endif]>![if> 6. Le 3 mai 2016, dans le cadre d'une révision périodique de son dossier, le SPC a demandé à l'assuré de lui fournir divers renseignements et documents. !endif]>![if> D'après les éléments retenus par l'Administration fiscale cantonale, obtenus ce jour-là par le SPC, l'assuré avait réalisé un revenu brut de CHF 169.- en 2010 et de CHF 2'028.- en 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015. 7. Le 19 mai 2016, l'assuré a retourné au SPC, dûment rempli, le formulaire « Révision périodique », faisant état, au titre des ressources, de CHF 2'010.- de revenu d'une activité lucrative salariée ou d'un apprentissage, en plus de CHF 18'804.- de rente d'invalidité, ainsi que d'une fortune de CHF 28'221.-. !endif]>![if> Les certificats de salaire joints à ce courrier mentionnaient, pour les années 2014 et 2015, un revenu brut de CHF 2'028.- et net de CHF 2'010.-. Ceux que l'assuré a envoyés au SPC le 22 juin 2016, à la suite d'un rappel dudit service concernant les années 2011 à 2013, faisaient état d'un même revenu brut de CHF 2'028.- et net de CHF 2'010.- pour 2011, 2012 et 2013. 8. Le 19 juillet 2016, ayant recalculé le droit de l'assuré aux prestations complémentaires depuis le 1 er janvier 2011, le SPC a notifié à ce dernier une décision, accompagnée des plans de calcul pour chacune des années 2011 à 2016, dont il résultait que l'assuré avait en réalité droit, eu égard à un gain annuel de CHF 2'010.- pris en compte aux deux-tiers après déduction d'un forfait de CHF 1000.- :!endif]>![if> - en 2011, de PCF de CHF 0.- et de PCC de CHF 9'799.-/an (CHF 817.-/mois);!endif]>![if> - en 2012, de PCF de CHF 195.-/an (CHF 17.-/ mois) et de PCC de CHF 10'093.-/an (CHF 842.-/ mois); !endif]>![if> - en 2013, de PCF de CHF 204.-/an (CHF 17.-/ mois) et de PCC de CHF 10'178.-/an (CHF 849.-/ mois); !endif]>![if> - en 2014, de PCF de CHF 215.-/an (CHF 18.-/ mois) et de PCC de CHF 10'178.-/an (CHF 849.-/ mois); !endif]>![if> - en 2015, de PCF de CHF 211.-/an (CHF 18.-/ mois) et de PCC de CHF 10'220.-/an (CHF 852.-/ mois); !endif]>![if> - dès le 1 er janvier 2016, de CHF 226.-/an (CHF 19.-/ mois) et de PCC de CHF 10'220.-/an (CHF 852.-/ mois). !endif]>![if> La différence entre les PCF et PCC dues (CHF 57'445.-) et versées (CHF 61'719.-) entre le 1 er janvier 2011 et le 31 juillet 2016 donnait un solde de CHF 4'274.- en faveur du SPC, auquel l'assuré devait rembourser ce montant. 9. Par courrier du 25 juillet 2016, l'assuré, représenté par sa mère, a formé opposition à cette décision. Il relevait que les prestations perçues avaient été calculées par le SPC; il ne voyait pas quelle erreur avait pu être commise et ne comprenait pas les tableaux récapitulatifs joints à la décision du SPC. Sa situation financière difficile ne lui permettrait

pas de restituer la somme réclamée; le cas échéant, il faudrait suspendre les prochaines mensualités. !endif]>![if> 10. Par décision sur opposition du 2 septembre 2016, le SPC a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 19 juillet 2016. Il avait été découvert, dans le cadre de la révision périodique précitée, que l'assuré exerçait une activité lucrative, dont il avait été tenu compte rétroactivement au 1^{er} janvier 2011 dans la reprise du calcul de son droit aux prestations complémentaires. Il en était résulté qu'un montant de CHF 4'274.- de prestations complémentaires lui avait été versé en trop. Les revenus déterminants comprenaient les deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excédaient annuellement CHF 1'000.- pour les personnes seules. Les décisions antérieures avaient été révisées; l'obligation de restituer les prestations indûment touchées n'était pas subordonnée à une violation de l'obligation de renseigner, mais rétablissait l'ordre légal; elle était prévue par la loi. La division financière du SPC examinerait le moment venu la proposition de l'assuré de rembourser le montant réclamé par prélèvement sur ses mensualités. !endif]>![if> 11. Par acte du 7 septembre 2016, posté le lendemain, l'assuré a contesté cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Sa situation n'avait pas changé depuis qu'il touchait des prestations complémentaires. Il travaillait en atelier protégé au sein de la Fondation B_____, occupation pour laquelle il touchait la somme de CHF 169.- par mois, qu'il avait toujours indiquée dans ses déclarations d'impôts, mais cette somme était aléatoire (sic) dès lors qu'il devait s'acquitter d'un montant d'environ CHF 400.- par mois pour fréquenter ladite fondation. Son handicap ne lui permettait pas d'exercer une vraie activité professionnelle; il avait en réalité une occupation journalière pour laquelle il payait lui-même environ CHF 230.- par mois; cette activité ne lui rapportait pas un gain. !endif]>![if> 12. Le 6 octobre 2016, le SPC a transmis le dossier à la chambre des assurances sociales et suggéré que la Fondation B_____ communique toutes informations utiles concernant le montant mensuel de CHF 400.- versé à l'assuré. Il précisait que les frais de repas de l'assuré étaient déjà compris dans le montant (forfait) retenu à titre de couverture des besoins vitaux (sous la rubrique « Besoins/Forfait » des plans de calcul de prestations complémentaires à l'AI »), incluant les frais de nourriture. Les frais de déplacement étaient remboursés par le SPC (secteur « frais médicaux ») sur présentation des factures ad hoc, possibilité dont l'assuré avait fait usage. !endif]>![if> 13. Par courrier du 10 octobre 2016, la chambre des assurances sociales a demandé à la Fondation B_____ de lui fournir toutes explications utiles, pièces justificatives à l'appui, sur les montants dont l'assuré indiquait devoir s'acquitter mensuellement en faveur de ladite fondation. !endif]>![if> 14. Selon la réponse de la Fondation B_____ du 12 octobre 2016, accompagnée des pièces étayant ces informations, l'assuré était externe à ladite fondation. Après avoir effectué un stage d'observation du 17 au 28 mai 2010 ainsi qu'un stage probatoire du 30 août au 19 novembre 2010, il avait été engagé comme Compagnon dans les ateliers de la fondation dès le 1^{er} décembre 2010. Un forfait journalier de prise en charge lui était facturé, de CHF 20.- par jour de présence depuis 2010 et de CHF 15.- dès le 1^{er} janvier 2015, en couverture de frais (repas, pauses et autre). !endif]>![if> 15. Répondant le 7 novembre 2016 au recours, le SPC a indiqué que les montants pris en compte à titre de gains d'activité lucrative dans les calculs des prestations complémentaires ressortaient des avis de taxation de l'assuré. Les frais de repas étaient pris en compte dans le forfait retenu pour la couverture des besoins vitaux, et les frais de déplacement étaient remboursés par le SPC, ainsi que l'assuré l'avait demandé. Le SPC concluait au rejet du recours. !endif]>![if> 16. L'assuré n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été

accordée de présenter d'éventuelles observations. 17. Le 2 mars 2017, ayant reçu du SPC un rappel pour le remboursement du montant de CHF 4'274.-, l'assuré a envoyé audit service un courrier, avec copie à la chambre des assurances sociales, pour observer qu'il n'avait été statué ni sur son recours ni sur sa demande subsidiaire d'échelonner le remboursement du montant qu'il devrait le cas échéant rembourser.

EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée est une décision sur opposition rendue en application des deux lois précitées. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA). Les dispositions spécifiques que la LPC ou la LPCC contiennent, le cas échéant, sur la procédure restent réservées (art. 1 al. 1 LPC; art. 1A let. b LPCC). Le recours a été déposé en temps utile (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA; art. 43 LPCC). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir. c. Le recours sera déclaré recevable.

2. Le recours porte essentiellement sur la question de savoir si – ainsi que la décision attaquée le confirme sur opposition – les gains annuels de CHF 2'010.- touchés par le recourant durant la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 juillet 2016, découverts en 2016, devaient être pris en compte à titre de ressources pour le calcul du droit du recourant aux prestations complémentaires durant ladite période, si, dans l'affirmative, les décisions antérieures pouvaient être modifiées rétroactivement, et si obligation pouvait être faite au recourant de restituer les prestations perçues en trop. 3. a. Selon l'art. 4 al. 1 let. c LPC, les personnes qui, comme le recourant, ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires dès lors, notamment, qu'elles ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'AI ou perçoivent des indemnités journalières de l'AI sans interruption pendant six mois au moins. Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC). L'art. 10 LPC détermine les dépenses reconnues et l'art. 11 LPC le revenu déterminant. Ce dernier comprend notamment les deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement CHF 1000 pour les personnes seules (art. 11 al. 1 let. a LPC) et les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (art. 11 al. 1 let. d LPC). Sur le plan cantonal, le versement de PCC garantit que notamment les invalides disposent d'un revenu minimum cantonal d'aide sociale (art. 1 LPCC). Ont droit aux PCC notamment les personnes qui, comme le recourant, ont leur domicile et leur résidence habituelle dans le canton de Genève et sont au bénéfice d'une rente de l'AI (art. 2 al. 1 let. a et b LPCC) si leur revenu annuel déterminant

n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC). Selon l'art. 5 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la LPC et ses dispositions d'exécution, moyennant quelques adaptations, en particulier l'ajout des PCF au revenu déterminant. b. Les revenus déterminants comprennent différentes formes de revenus (art. 11 LPC), dont le revenu d'une activité lucrative (art. 11 al. 1 let. a LPC), qui, par rapport à d'autres formes de revenus, est privilégié, en ce sens qu'il n'est pas entièrement pris en compte mais à hauteur des deux tiers de son montant après déduction d'un forfait (CHF 1'000.- pour une personne seule, comme le recourant). Le fait déterminant pour compter comme revenus d'une activité lucrative est que les revenus proviennent d'une activité économique, autrement dit de l'exercice d'une activité déterminée qui est rétribuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_293/2009 du 4 décembre 2009 consid. 3.3). De façon générale, c'est au regard de l'ensemble des circonstances du cas particulier qu'il faut déterminer si un revenu constitue le produit d'une activité lucrative ou une autre sorte de revenu (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 3 ad art. 11). Selon les Directives de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (ci-après : DPC), valables dès le 1^{er} avril 2011 (état au 1^{er} janvier 2016), le revenu d'une activité lucrative englobe l'ensemble des revenus provenant d'une activité lucrative salariée ou indépendante exercée en Suisse ou à l'étranger (ch. 3421.01 DPC). Selon l'art. 11 al. 3 LPC, différentes ressources ne sont pas des revenus à prendre en compte pour le calcul du droit aux prestations complémentaires, en particulier les prestations d'aide sociale (let. b), les prestations provenant de personnes et d'institutions publiques ou privées ayant un caractère d'assistance manifeste (let. c) et les allocations pour impotents des assurances sociales (let. d). L'art. 15 al. 1 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301) précise que le revenu réalisé par des invalides travaillant dans des ateliers au sens de l'art. 3 al. 1 let. a de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI - RS 831.26) est pris en compte comme revenu d'une activité lucrative, pour le calcul de la prestation complémentaire, dans la mesure où il fait partie du revenu déterminant soumis à cotisation dans l'AVS ou en ferait partie si l'invalidité était encore tenue de cotiser. Ceci vaut également pour les rétributions versées pour leur travail à des assurés dont la capacité de gain est réduite (ch. 3421.05 DPC; Michel VALTERIO, op. cit., n. 7 ad art. 11). c. Le recourant est au bénéfice, depuis le 1^{er} décembre 2010, d'un contrat de travail comme employé des ateliers de la Fondation B_____ au taux d'activité de 100 %, activité pour laquelle il reçoit une rémunération selon l'échelle des salaires de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS), à savoir un salaire annuel de CHF 2'028.-, sur lequel les cotisations sociales sont prélevées. Il a droit à cinq semaines de vacances et s'il est empêché de travailler pour cause de maladie, il reçoit son salaire entier (selon les barèmes de l'Échelle Bernoise). Des certificats de salaire lui ont été délivrés pour sa rémunération. Les ateliers de ladite fondation sont une institution au sens de l'art. 3 al. 1 let. a LIPPI (art. 9A de la loi sur l'intégration des personnes handicapées du 16 mai 2003 - LIPH - K 1 36). C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu qu'elle devait être prise en compte pour le calcul du droit du recourant aux prestations complémentaires. Les frais dont le recourant devait s'acquitter auprès de ladite fondation pour sa prise en charge n'avaient pas à être déduits de sa rémunération dans le cadre du calcul de son droit aux prestations complémentaires. Comme l'intimé l'a expliqué, les frais de repas ont été pris en

considération au titre du forfait retenu pour la couverture de ses besoins vitaux, au sens de l'art. 10 al. 1 let. a LPC, à savoir d'un forfait ayant pour but de couvrir les moyens d'existence journaliers nécessaires pour permettre au bénéficiaire des prestations complémentaires de faire face aux dépenses non spécifiquement mentionnées au chapitre des dépenses reconnues, comme les frais de nourriture, d'habillement, de soins corporels, de consommation d'énergie, de communication, de transport ou de loisirs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_945/2011 du 11 juillet 2012 consid. 5.1; Michel VALTERIO, op. cit. n. 2 ad art. 10), et les frais de déplacement spéciaux ont été remboursés au recourant par l'intimé (secteur « frais médicaux »), en application de l'art. 18 al. 1 du règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 15 décembre 2010 (RFMPC - J 4 20.04). d. Il n'est ni contesté ni contestable qu'en prenant la rémunération du recourant en compte, à hauteur des deux tiers du montant dépassant CHF 1'000.-, le recourant aurait dû percevoir au total CHF 4'274.- de moins qu'il a effectivement touchés durant la période litigieuse (du 1^{er} janvier 2010 au 31 juillet 2016).

4. a. Dans la mesure où le trop-perçu l'a été en exécution de décisions entrées en force, sa restitution ne peut être exigée qu'en présence d'un motif de révision ou de reconsidération de ces dernières, au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. En effet, une décision exécutoire ne peut en principe plus être modifiée. La loi et la jurisprudence prévoient cependant des cas dans lesquels il faut ou il est possible de la réexaminer. Ce sont les cas de révision et de reconsidération, régis respectivement par les al. 1 et 2 de l'art. 53 LPGA (ATAS/1118/2014 du 4 novembre 2014 consid. 3b).

b. À teneur de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. L'administration est tenue d'y procéder, dans un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de 10 ans commençant à courir avec la notification de la décision (art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 - PA – RS 172.021, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA; arrêt du Tribunal fédéral I.528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références; ATF 122 V 21 consid. 3a; 138 consid. 2c; 173 consid. 4a; 272 consid. 2; 121 V 4 consid. 6 et les références). Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté; ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1, où le Tribunal fédéral indique que l'art. 53 al. 2 LPGA formalise un principe général du droit des assurances sociales déjà connu auparavant; ATF 122 V 21 consid. 3a; 173 consid. 4a; 271 consid. 2; 368 consid. 3; 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). c. En l'espèce, c'est à l'occasion d'un contrôle périodique du dossier du recourant que l'intimé a appris ou pris conscience, en mai 2016, que le recourant avait perçu la rémunération précitée durant la période considérée. Il ne fait pas de doute que ces faits nouveaux représentaient un motif de révision des décisions en vertu desquelles des prestations complémentaires s'avérant trop élevées lui avaient été versées; l'intimé était tenu de réviser ces décisions. Au demeurant, ces décisions étaient manifestement erronées en l'absence de prise en compte des revenus et éléments de fortune considérés, et leur rectification revêtait une importance notable; l'intimé avait donc en tout état la faculté de les reconsidérer (

ATAS/431/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 7). C'est donc à bon droit que l'intimé a procédé, rétroactivement, à un nouveau calcul du droit du recourant aux prestations complémentaires pour la période considérée. Il a en outre agi en temps utile, puisqu'il a rendu la décision initiale le 19 juillet 2016, soit dans les trois mois dès le jour où, le 19 mai 2016, en réponse à sa demande, le recourant lui a adressé les premières pièces établissant une partie du trop-perçu (soit les certificats de salaire des années 2014 et 2015), courrier complété le 22 juin 2016 par l'envoi, sur rappel, des certificats de salaire des années 2011 à 2013. 5. a. C'est un principe général que les prestations indûment touchées doivent être restituées. La LPGa l'ancre dans son domaine d'application à son art. 25, complété par les art. 2 à 5 OPGA. Lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGa, art. 31 LPC et 11 LPCC et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indu de prestations d'assurance, la modification de la prestation a un effet rétroactif (ex tunc), qui entraîne – sous réserve des autres conditions mises à la restitution – une obligation de restituer (ATF 119 V 431 consid. 2). La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 phr. 2 LPGa). La teneur de ces dispositions est reprise ou répétée pour diverses prestations sociales, dont à l'art. 24 LPCC pour les prestations complémentaires cantonales. b. La procédure de restitution comporte trois étapes (la deuxième étant cependant souvent simultanée à la première), à savoir une première décision sur le caractère indu des prestations, une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations (comportant l'examen de la réalisation des conditions d'une révision ou d'une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGa dans la mesure où les prestations fournies à tort l'ont été en exécution d'une décision en force), et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer, subordonnée aux deux conditions que l'intéressé était de bonne foi et que la restitution le mettrait dans une situation difficile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2; ATAS/587/2016 du 19 juillet 2016 consid. 3; ATAS/365/2016 du 10 mai 2016 consid. 7a; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 9 ad art. 25 LPGa, p. 383). Cette procédure en plusieurs temps s'explique par le fait que l'obligation de restituer des prestations sociales indûment touchées et son étendue dans le temps sont indépendantes de la bonne foi du bénéficiaire des prestations, car il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal, après la découverte du fait nouveau (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 61/2004 du 23 mars 2006 consid. 5 in fine; ATAS/513/2015 du 30 juin 2015 consid. 3; ATAS/107/2014 du 23 janvier 2014 consid. 6a in fine). c. Dès lors qu'il était établi que le recourant avait perçu des prestations complémentaires en trop, à hauteur de CHF 4'274.-, et qu'il existait un motif de révision ou même de reconsidération des décisions en exécution desquelles les prestations complémentaires avaient été versées en trop, l'intimé était en droit et avait même le devoir, sur le plan du principe, de faire obligation au recourant de restituer le trop-perçu. 6. a. Il s'avère ainsi que la décision attaquée – qui porte sur les trois questions précitées (consid. 2) – est bien fondée. Le recours doit donc être rejeté. b. Il importe de préciser que les conditions d'une remise de l'obligation de restituer imposée au recourant ne constitue pas l'objet du recours, ni de la décision attaquée. C'est une fois qu'est entrée en force la décision portant sur la restitution elle-même des prestations perçues indûment – donc en principe dans un troisième temps seulement (à tout le moins dans un deuxième temps, la décision sur la restitution en tant que telle étant susceptible d'être rendue en même temps que la décision sur le caractère indu des prestations [arrêt du Tribunal fédéral 9C_496/2014 du 22 octobre 2014 consid. 2; arrêt du

Tribunal fédéral des assurances P 62/04 du 6 juin 2005 consid. 1.2]) – que sont examinées les deux conditions cumulatives faisant le cas échéant obstacle à une restitution, à savoir la bonne foi et l'exposition à une situation difficile, à moins qu'il soit manifeste que ces deux conditions sont remplies, auquel cas il doit être renoncé à la restitution déjà au stade de la prise de la décision sur la restitution (art. 3 al. 3 OPGA; art. 12 al. 4 RPFC; art. 14 al. 4 RPCC-AVS/AI; Ueli KIESER, op. cit., n. 53 ad art. 25, p. 392 s.). La décision posant l'obligation de restituer et en fixant l'étendue doit indiquer la possibilité d'une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA; art. 12 al. 2 et 3 RPFC; art. 14 al. 2 et 3 RPCC-AVS/AI) et préciser que la demande de remise doit être présentée par écrit, être motivée, être accompagnée des pièces nécessaires et être déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution, et qu'elle doit faire l'objet d'une décision (art. 4 al. 4 et 5 OPGA; art. 12A al. 2 et 3 RPFC; art. 15 al. 2 et 3 RPCC-AVS/AI). La décision attaquée comportait ces mentions, qui se trouvent rappelées par le présent arrêt. Le recourant dispose ainsi d'un délai de trente jour à compter de l'entrée en force du présent arrêt pour, s'il s'y estime fondé, présenter à l'intimé une demande de remise, conformément aux exigences précitées, procédure à distinguer d'une éventuelle demande d'un arrangement de paiement. 7. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPG; art. 89H al. 1 LPA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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