

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1356/2018-AIDSO

ATA/1111/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 28 juin 2019

2^{ème} section

dans la cause

Monsieur A_____

contre

HOSPICE GÉNÉRAL

EN FAIT

- 1) Monsieur A_____, né le _____ 1959, a une formation d'architecte d'intérieur et de designer.

Il exerce une activité d'enseignant remplaçant auprès du département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (ci-après : DIP), qui lui procure des revenus mensuels irréguliers.

- 2) Le 30 novembre 2011, M. A_____ a déposé auprès de l'Hospice général (ci-après : l'hospice) une demande de prestations d'aide financière au titre du revenu minimum cantonal d'aide social (ci-après : RMCAS), ayant épuisé son droit aux prestations de l'assurance-chômage.

Des prestations financières au titre du RMCAS lui ont été octroyées par l'hospice de novembre 2011 à janvier 2015.

- 3) Les 30 novembre 2011, 27 août 2013, 17 octobre 2014, 13 octobre 2015 et 8 novembre 2016, M. A_____ a signé le document intitulé « Mon engagement en demandant une aide financière à l'Hospice général ».

Il y prenait acte que les prestations d'aide financière étaient subsidiaires à toute autre ressource provenant du travail, de la famille, de la fortune ou d'une prestation sociale et s'engageait à, notamment, respecter la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (LIASI - J 4 04).

- 4) M. A_____ a été mis au bénéfice d'une aide financière extraordinaire entre mars et juin 2015, puis d'une aide financière ordinaire à partir du 1^{er} juillet 2015.

- 5) Le 9 février 2017, le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) a établi en faveur de M. A_____ une attestation de subside d'assurance-maladie 2017.

Durant toute l'année 2017, le subside correspondait à 100 % des primes.

- 6) Le 13 avril 2017, le SAM a établi en faveur de M. A_____ une nouvelle attestation de subside d'assurance-maladie 2017, qualifiée de décision sujette à opposition.

Le subside ne correspondait plus à 100 % des primes que pour les mois de janvier et février 2017 ; pour les mois de mars à décembre 2017, il passait à CHF 90.- par mois.

- 7) Le 6 mai 2017, le SAM a établi en faveur de M. A_____ encore une nouvelle attestation de subside d'assurance-maladie 2017, qualifiée de décision sujette à opposition, et identique à celle du 9 février 2017.
- 8) Le 4 juin 2017, l'assureur-maladie de M. A_____ lui a fait parvenir une « facture de primes », de laquelle il ressortait un montant de CHF 2'028.- en faveur de l'assuré au titre de « prime corrigée mars à juin 2017 », « réduction cantonale des primes ».
- 9) Le 8 juin 2017, l'assureur-maladie de M. A_____ lui a fait parvenir une « facture de primes » identique.
- 10) Le 12 juin 2017, M. A_____ a signé le « questionnaire mensuel et déclaration de revenus » de l'hospice. Les revenus mentionnés pour le mois en cours étaient : des salaires pour CHF 782.90, et une allocation logement pour CHF 125.-.
- 11) Le 15 juin 2017, l'assureur-maladie de M. A_____ a versé sur le compte postal de ce dernier la somme de CHF 2'028.-.
- 12) Le 14 juillet 2017, M. A_____ a signé le « questionnaire mensuel et déclaration de revenus » de l'hospice. Les revenus mentionnés pour le mois en cours étaient : des salaires pour CHF 646.-, une allocation logement pour CHF 125.-, et un « remboursement » de l'assurance-maladie pour CHF 2'028.-.

Il a mentionné le versement de l'assurance-maladie lors de l'entretien du même jour avec son assistante sociale.

- 13) Le 29 août 2017, l'assistante sociale traitant le cas de M. A_____ a réussi, après plusieurs tentatives infructueuses, à joindre l'assureur-maladie. Celui-ci lui a indiqué avoir versé par erreur à M. A_____ la somme de CHF 2'028.-, laquelle correspondait au montant du subside octroyé par le SAM pour la période de mars à juin 2017.
- 14) Par courrier du 5 septembre 2017, M. A_____ a demandé à l'hospice de procéder sans délai au règlement de l'entier de ses primes d'assurance-maladie auprès de son assureur, puis de s'occuper du retrait de la poursuite correspondante.

Il s'était fait notifier un commandement de payer par son assureur-maladie. L'hospice entendant s'assurer du paiement des primes d'assurance-maladie de ses bénéficiaires en procédant lui-même audit paiement, il devait en tirer les conséquences. Depuis le début de l'année 2017 et les débuts d'une nouvelle assistante administrative, il constatait un « cafouillage permanent » tant auprès du SAM que de l'assureur-maladie, qui lui envoyaient régulièrement des modifications de subside pour le premier, et des rappels de primes impayées pour le second, alors que sa situation n'avait pas changé depuis le début de l'année.

Il demandait également l'entier des décomptes de prestations que l'hospice lui avait versées depuis le mois de janvier 2017. Il était du reste curieux de devoir demander de tels documents, car il convenait que ceux-ci parviennent à leur destinataire avec le versement des prestations pour être vérifiés et contestés au besoin.

- 15) Par décision du 11 septembre 2017, le centre d'action sociale (ci-après : CAS) de Saint-Gervais a refusé de prendre en charge la dette correspondant à un versement erroné de l'assureur-maladie.

Les traitements mensuels des primes d'assurance-maladie de janvier à juin 2017 ayant été validés tardivement, la notification de la prise en charge mensuelle totale de ses primes d'assurance-maladie par l'hospice était à chaque fois parvenue au SAM avec un mois de retard. Ce décalage expliquait pourquoi M. A_____ avait reçu à plusieurs reprises des modifications de subside de la part du SAM et des rappels de son assureur-maladie. En effet, les informations échangées entre ces deux services ne se faisaient pas au même moment.

Toutefois, en date du 2 août 2017, l'assureur-maladie avait confirmé au SAM avoir reçu un subside total pour la période de janvier à mai 2017. La notification pour le mois de juin et le reste de l'année se ferait dans les mois à venir. Or, en date du 8 juin 2017 et selon l'entretien téléphonique avec l'assureur-maladie du 29 août 2017, M. A_____ avait reçu par erreur un remboursement de CHF 2'028.- de la part de l'assureur-maladie. Ce montant correspondait à la part du subside octroyé d'avril à juin 2017. Il était donc de l'entière responsabilité de M. A_____ de restituer à son assureur-maladie cet argent perçu à tort via les décomptes que l'assureur lui ferait parvenir prochainement ; il lui serait alors possible de s'opposer à la demande de l'assureur si cette dernière devait ne pas être justifiée.

- 16) Le 10 octobre 2017, M. A_____ a formé opposition contre la décision précitée.

Depuis l'instauration d'une assistante administrative, il était confronté à des rappels de son assureur-maladie, et à des modifications incessantes de son droit aux subsides par le SAM. Au début du mois d'avril 2017, à l'occasion d'un entretien téléphonique avec son assureur, son interlocuteur l'avait informé que le SAM avait annulé par voie électronique le 31 mars 2017 la décision de subside pour les mois de janvier et février 2017. Cette annulation, dont les primes correspondantes faisaient l'objet du commandement de payer qu'il avait reçu, était difficilement explicable, le CAS étant à cette date en possession de l'entier des documents nécessaires au calcul des prestations de janvier et février 2017.

Concernant le versement erroné de l'assureur sur son compte postal, le CAS, qui avait mensuellement modifié sa décision de subside pour les mois précédents

en payant les primes d'assurance-maladie et en demandant leur rétrocession, en était partiellement responsable. En juin 2017, le CAS avait déjà connaissance de ce versement remis avec les documents mensuels. Depuis, il avait utilisé ce montant et n'était pas en mesure de payer les primes d'assurance-maladie rétrocedées indûment sur son compte.

- 17) Par décision du 12 mars 2018, l'hospice a rejeté l'opposition.

Le salaire de M. A_____ étant variable et constituant un élément déterminant pour la fixation de son droit aux prestations d'aide sociale, sa situation était réévaluée chaque mois sur présentation, notamment, de ses fiches de salaire.

La prise en charge de ses primes d'assurance-maladie par l'hospice impliquait un échange d'informations entre ce dernier et le SAM, et entre le SAM et l'assureur-maladie. Les délais de traitement des différentes informations échangées étaient à l'origine des divers avis de modification de subside et des rappels reçus respectivement du SAM et de l'assureur-maladie.

Le versement des CHF 2'028.- litigieux n'avait pas été mentionné dans les documents de juin 2017, mais seulement lors d'un entretien le 14 juillet 2017. L'assistante administrative avait pu joindre l'assureur-maladie le 29 août 2017, entretien lors duquel l'assureur avait indiqué avoir erronément versé le montant litigieux. Une quelconque responsabilité de l'hospice dans la commission de cette erreur était totalement contestée et à exclure.

La prestation demandée, à savoir la prise en charge d'une dette envers l'assureur-maladie, n'était prévue ni par la LIASI, ni par son règlement d'exécution. Dès lors, la décision attaquée devait être confirmée.

- 18) Par acte posté le 25 avril 2018, M. A_____ a déclaré faire opposition (recte : interjeter recours) auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre la décision sur opposition précitée, concluant à ce que l'hospice prenne en charge ses primes d'assurance-maladie de mars à juin 2017, pour un montant de CHF 2'028.-, qui avaient été remboursées indûment par son assureur-maladie, en prélevant ce montant sur les prestations qui lui étaient octroyées.

Il reprenait son argumentation précédente ainsi que l'historique de la situation, en précisant à cet égard d'une part que de janvier à août 2017, son assureur-maladie lui avait fait parvenir seize factures de primes, et d'autre part qu'il avait reçu le versement litigieux de l'assureur-maladie sur son compte postal le 15 juin 2017 – si bien qu'il ne pouvait le signaler à l'hospice avant cette dernière date.

L'acte de recours ne contenait aucune argumentation juridique, ni référence à une base légale sur laquelle se fonderait la prestation réclamée.

- 19) Sur demande du juge délégué de bien vouloir préciser ladite base légale, M. A_____ a répondu, le 9 mai 2018, qu'il n'était pas juriste et donc pas en mesure d'indiquer une base juridique qui fonderait le versement sollicité.

De plus, étant de bonne foi et n'étant pas en mesure de rembourser le versement erroné, il demandait une remise en application de l'art. 42 LIASI.

- 20) Le 14 juin 2018, l'hospice a conclu au rejet du recours.

Il était établi qu'il avait régulièrement délivré les prestations d'aide financière à M. A_____, sur la base des informations personnelles et financières que ce dernier transmettait à son assistante sociale. Le calcul des prestations intégrait la prise en charge des primes d'assurance-maladie. Les divers avis de modification de subside et rappels de paiement notifiés à l'intéressé ne découlaient pas d'erreurs que l'hospice aurait commises, mais résultaient des délais et modes de traitement des informations échangées entre les différents intervenants.

Pour le reste, l'hospice ignorait les raisons qui avaient conduit l'assureur-maladie à rembourser par erreur la somme de CHF 2'028.- à M. A_____ puis à engager des poursuites contre ce dernier. Ces actes relevaient du seul fait et de la seule responsabilité de l'assureur. L'hospice quant à lui n'avait, à juste titre, pas considéré ledit montant comme un revenu.

Enfin, la demande de remise, pour autant qu'elle soit recevable, devait être rejetée, dans la mesure où la demande de remboursement n'émanait pas de l'hospice, mais de l'assureur-maladie.

- 21) Le 19 juin 2018, le juge délégué a fixé aux parties un délai au 27 juillet 2018 pour formuler toutes requêtes ou observations complémentaires, après quoi la cause serait gardée à juger.
- 22) Le 27 juillet 2018, M. A_____ a persisté dans ses conclusions.
- 23) L'hospice ne s'est quant à lui pas manifesté.

EN DROIT

- 1) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est globalement recevable (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 ; art. 52 LIASI), sous réserve des éléments ressortant des considérants 2 et 14 infra.

- 2) Le litige porte sur le refus de l'intimé de prendre en charge le remboursement de la somme de CHF 2'028.-, versée à tort au recourant le 15 juin 2017 sur son compte postal.

En tant que la demande formulée pourrait être comprise comme une action en responsabilité de l'État, elle serait irrecevable, dès lors que c'est le Tribunal de première instance, rattaché au Tribunal civil, qui serait alors compétent et non la chambre de céans (art. 7 al. 1 de la loi sur la responsabilité de l'État et des communes du 24 février 1989 LREC - A 2 40).

Par ailleurs, la conclusion tendant à ce que l'hospice « rembourse » ladite somme en soustrayant les montants en cause des futures prestations du recourant n'a pas de réel objet, dès lors que ce cas de figure ne se distinguerait pas d'un versement par l'hospice de l'aide financière normale, suivi de l'affectation de celle-ci, par le recourant, au remboursement de sa dette.

- 3) Selon l'art. 5 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le droit est la base et la limite de l'activité de l'État. Le principe de la légalité se compose de deux éléments : le principe de la suprématie de la loi et le principe de l'exigence de la base légale. Le premier signifie que l'autorité doit respecter l'ensemble des normes juridiques ainsi que la hiérarchie des normes. Le second implique que l'autorité ne peut agir que si la loi le lui permet ; son action doit avoir un fondement dans une norme (ATA/914/2019 du 21 mai 2019 consid. 6 et les références citées).

- 4) Aux termes de l'art. 12 Cst., quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine (ATF 135 I 119 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_56/2012 du 11 décembre 2012 consid. 1.1).

Ce droit à des conditions minimales d'existence fonde une prétention des justiciables à des prestations positives de l'État. Il ne garantit toutefois pas un revenu minimum, mais uniquement la couverture des besoins élémentaires pour survivre d'une manière conforme aux exigences de la dignité humaine, tels que la nourriture, le logement, l'habillement et les soins médicaux de base. L'art. 12 Cst. se limite, autrement dit, à ce qui est nécessaire pour assurer une survie décente afin de ne pas être abandonné à la rue et réduit à la mendicité (ATF 142 I 1 consid. 7.2.1 ; 136 I 254 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_648/2018 du 7 janvier 2019 consid. 11 ; ATA/106/2019 du 29 janvier 2019 consid. 4a ; ATA/457/2017 du 25 avril 2017 consid. 9a et les arrêts cités).

- 5) a. En droit genevois, la LIASI et le règlement d'exécution de la LIASI du 25 juillet 2007 (RIASI - J 4 04.01) concrétisent l'art. 12 Cst. (ATA/973/2019 du

4 juin 2019 consid. 2b ; ATA/92/2019 du 29 janvier 2019 consid. 3b), tout en allant plus loin que ce dernier.

b. La LIASI a pour but de prévenir l'exclusion sociale et d'aider les personnes qui en souffrent à se réinsérer dans un environnement social et professionnel (art. 1 al. 1 LIASI). Elle a également pour objectif plus vaste de garantir à ceux qui se trouvent dans la détresse matérielle et morale des conditions d'existence conformes à la dignité humaine (art. 1 al. 2 LIASI). Ses prestations sont fournies sous forme d'accompagnement social, de prestations financières et d'insertion professionnelle (art. 2 LIASI).

6) Les prestations d'aide financière sont subsidiaires à toute autre source de revenu (art. 9 al. 1 LIASI). Le bénéficiaire doit faire valoir sans délai ses droits auxquels l'aide financière est subsidiaire et doit mettre tout en œuvre pour améliorer sa situation sociale et financière (art. 9 al. 2 LIASI).

7) a. Conformément à l'art. 21 al. 1 LIASI, ont droit aux prestations d'aide financière les personnes dont le revenu mensuel déterminant n'atteint pas le montant destiné à la couverture des besoins de base et dont la fortune ne dépasse pas les limites fixées par règlement du Conseil d'État.

b. Aux termes de l'art. 22 al. 2 let. c LIASI, ne font pas partie du revenu pris en compte, notamment, les prestations ponctuelles provenant de personnes, d'institutions publiques ou d'institutions privées ayant manifestement le caractère d'aide occasionnelle.

c. Selon l'art. 25 al. 1 let. b LIASI, peuvent être accordées aux personnes qui, en application des art. 21 à 24 LIASI, ont droit à des prestations d'aide financière, d'« autres prestations circonstanciées » ; le Conseil d'État définit par règlement ces prestations et fixe leurs conditions d'octroi (art. 25 al. 2 LIASI).

d. Le législateur a précisé dans une loi au sens formel qu'il appartient au Conseil d'État de définir les prestations circonstanciées et leurs conditions d'octroi, ce que ce dernier a fait dans une ordonnance législative de substitution, soit à l'art. 9 RIASI (ATA/1630/2017 du 19 décembre 2017 consid. 7d ; ATA/1209/2017 du 2 août 2017 consid. 9c).

e. Aux termes de l'art. 9 RIASI, en application de l'art. 25 al. 1 let. b LIASI, les autres prestations circonstanciées décrites ci-après sont accordées au bénéficiaire de prestations d'aide financière aux conditions cumulatives et dans les limites suivantes :

a) les frais concernent des prestations de tiers reçues durant une période d'aide financière au sens de l'art. 28 LIASI ;

- b) la facture du prestataire ou le décompte de l'assureur relatif à ces frais sont présentés au remboursement dans le délai de trois mois à compter de la date à laquelle ils sont établis (al. 1).

Les franchises et les quotes-parts annuelles prévues par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), découlant de l'application des art. 21A et 21B LIASI, sont prises en charge sur présentation du décompte établi par l'assureur ou des factures (al. 2).

Les autres prestations circonstanciées prévues par l'art. 9 RIASI sont : les frais dentaires (al. 4), les frais de lunettes ou de lentilles de contact (al. 5), les frais spéciaux dus à la maladie ou au handicap (al. 6), les primes d'assurance responsabilité civile et inventaire du ménage (al. 7 à 10), le séjour temporaire d'un enfant (al. 11), les frais liés aux activités des enfants (al. 12), les frais exceptionnels liés à une activité (al. 13), les frais de grand nettoyage et débarras (al. 14), les frais de déménagement (al. 15), les frais d'installation (al. 16), les frais de formation continue pour adultes (al. 17), les arriérés de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS ; al. 18), des frais administratifs liés à l'obtention de documents officiels indispensables (al. 19) et des frais pour besoins exceptionnels et indispensables (al. 20).

- 8) Force est dès lors de constater que la demande de remboursement d'un montant versé à tort par l'assureur-maladie ne trouve aucune base légale ou réglementaire susceptible de la fonder.

- 9) Il faut encore se demander si la prestation de remboursement demandée pourrait avoir un fondement constitutionnel, en application du principe de la bonne foi.

a. Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 141 V 530 consid. 6.2 ; 137 I 69 consid. 2.5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 2C_934/2016 du 13 mars 2017 consid. 3.1 ; 2C_1013/2015 du 28 avril 2016 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (1) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (2) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (3) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore (4) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (5) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée

(ATF 141 V 530 précité consid. 6.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 2C_906/2017 du 7 mai 2018 consid. 3.1 ; 1C_587/2017 du 19 mars 2018 consid. 3.1 ; ATA/493/2018 du 22 mai 2018 ; Ulrich HÄFELIN/Georg MÜLLER/Felix UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7^{ème} éd., 2016, p. 141 ss et p. 158 n. 699).

b. Le principe de la bonne foi commande également aux autorités comme aux particuliers de s'abstenir, dans les relations de droit public, de tout comportement contradictoire ou abusif (ATF 137 II 182 consid. 3.6.2). Il découle de ce principe que l'administration et les administrés doivent se comporter réciproquement de manière loyale (ATF 131 II 627 consid. 6.1 ; 129 I 161 consid. 4).

- 10) En l'espèce, rien dans le dossier ne permet de penser que le recourant aurait reçu de l'intimé une assurance que son assureur-maladie devait lui verser le montant litigieux, ni du reste que l'hospice prendrait en charge le remboursement de ce montant. La jurisprudence relative aux assurances données par l'autorité ne trouve dès lors pas application.

S'agissant d'un éventuel comportement contradictoire ou abusif de l'intimé, on doit certes concéder au recourant que le nombre de décisions émanant tant du SAM que de son assureur-maladie rendait la compréhension de sa situation extrêmement difficile. Mais quand bien même cette situation serait en partie imputable au délai de traitement par l'intimé des informations reçues mensuellement, on ne saurait encore y voir un comportement abusif, et encore moins contradictoire, de l'intimé, étant précisé que la relation triangulaire entre l'hospice, le SAM et l'assureur-maladie ne facilite pas les choses à cet égard.

Il résulte de ce qui précède que le remboursement demandé ne trouve aucun fondement normatif, et que la conclusion du recourant à cet égard doit être écartée.

- 11) Le recourant demande enfin à être mis au bénéfice d'une remise au sens de l'art. 42 LIASI.
- 12) a. Selon l'art. 36 LIASI, est considérée comme étant perçue indûment toute prestation qui a été touchée sans droit (al. 1). Par décision écrite, l'hospice réclame au bénéficiaire le remboursement de toute prestation d'aide financière perçue indûment par la suite de la négligence ou de la faute du bénéficiaire (al. 2). Le remboursement des prestations indûment touchées peut être réclamé si le bénéficiaire, sans avoir commis de faute ou de négligence, n'est pas de bonne foi (al. 3).
- b. Les bénéficiaires des prestations d'assistance sont tenus de se conformer au principe de la bonne foi dans leurs relations avec l'administration, notamment en ce qui concerne l'obligation de renseigner prévue par la loi, sous peine d'abus de droit. Si le bénéficiaire n'agit pas de bonne foi, son attitude doit être sanctionnée

et les décisions qu'il a obtenues en sa faveur peuvent être révoquées en principe en tout temps. Violer le devoir de renseigner est contraire à la bonne foi (ATA/265/2017 du 7 mars 2017 consid. 15b ; ATA/1024/2014 du 16 décembre 2014), et un assuré qui viole ses obligations d'informer l'hospice de sa situation financière ne peut être considéré de bonne foi (ATA/306/2017 du 21 mars 2017 consid. 6 ; ATA/1152/2015 du 27 octobre 2015 consid. 14).

c. Le bénéficiaire qui était de bonne foi n'est tenu au remboursement, total ou partiel, que dans la mesure où il ne serait pas mis, de ce fait, dans une situation difficile (art. 42 LIASI).

13) L'acte de recours contient, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée et les conclusions du recourant (art. 65 al. 1 LPA). Sont irrecevables des conclusions subsidiaires prises en dehors du délai de recours, pendant le cours de la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 8C_799/2011 du 20 juin 2012 consid. 6.2 ; ATA/1440/2017 du 31 octobre 2017 consid. 3a). L'absence de conclusions ne peut ainsi être réparée que dans le délai de recours. Hors ce délai, le fait d'être autorisé à compléter une écriture de recours ne permet pas de suppléer le défaut de conclusions. Partant, des conclusions nouvelles prises au stade de la réplique sont irrecevables (ATA/794/2019 du 16 avril 2019 consid. 2b ; ATA/860/2016 du 12 octobre 2016 consid. 3).

14) En l'espèce, la demande de remise a été formée le 9 mai 2018, soit postérieurement à l'échéance du délai de recours. Cette conclusion est ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, irrecevable – ce d'autant que ladite demande n'avait pas été formulée au stade de l'opposition, et sort donc du cadre du litige tracé par cette dernière.

À titre superfétatoire, la demande de remise est également infondée. Comme le relève pertinemment l'intimé, ce n'est pas lui qui a demandé le remboursement de la somme litigieuse au recourant et engagé des poursuites contre lui, mais son assureur-maladie, si bien que le mécanisme de l'art. 42 LIASI ne trouve pas application en l'espèce. Il convient de rappeler que l'assureur-maladie, quand bien même il s'agit d'une compagnie privée, est investi par la législation fédérale de tâches publiques et rend ainsi des décisions sujettes à recours (art. 1 et 61 al. 1 LAMal, cum art. 49, 52 et 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1) ; c'était donc la décision de remboursement émanant de l'assureur-maladie que le recourant aurait dû contester dans le cas d'espèce.

Le recours sera ainsi rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

15) Vu la nature du litige, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 87 al. 1 LPA et 11 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure

administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). Vu son issue, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

rejette, dans la mesure où il est recevable, le recours interjeté le 25 avril 2018 par Monsieur A_____ contre la décision sur opposition de l'Hospice général du 12 mars 2018 ;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument, ni alloué d'indemnité de procédure ;

dit que conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification par-devant le Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière de droit public ; 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, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, 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 ;

communique le présent arrêt à Monsieur A_____ ainsi qu'à l'Hospice général.

Siégeant : Mme Krauskopf, présidente, M. Verniory, Mme Cuendet, juges.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :

S. Hüsler Enz

la présidente siégeant :

F. Krauskopf

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :