

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1881/2010

ATAS/226/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 3 mars 2011

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame S _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane
CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après l'assurée), née en 1959, a travaillé en tant qu'infirmière. Son dernier poste lui procurait un revenu mensuel de 5'464 fr. 80 pour un taux d'activité de 80 %.
2. Le 15 mars 2001, l'assurée a fait une chute qui a eu pour conséquences une entorse de la cheville droite et de l'articulation acromio-claviculaire droite et un arrêt de travail à 100% du 15 mars 2001 au 21 juillet 2001, à 50 % du 22 juillet au 27 septembre 2001 puis à nouveau à 100% dès le 27 septembre 2001. ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après l'assureur-accidents) a versé des indemnités journalières à l'intéressée.
3. Le 27 mars 2001, une échographie de l'épaule et de la clavicule droites pratiquée par le Dr A_____, spécialiste FMH en radiologie a conduit ce dernier à poser les diagnostics de tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs et diastasis superficiel incomplet de l'articulation acromio-claviculaire, de tendinopathie calcifiante à hydroxyapatite déformant le tendon du sous-épineux, de séquelles de tendinopathie partiellement calcifiante du sus-épineux sans rupture et d'altération de l'articulation acromio-claviculaire inflammatoire voire post-traumatique sans rupture complète du ligament acromio-claviculaire.
4. A la demande de l'assureur-accidents, la Dresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise.

L'experte, dans son rapport du 29 août 2002, a établi l'anamnèse de l'assurée et relaté que cette dernière se plaignait : de douleurs persistantes localisées tantôt au niveau de l'articulation acromio-claviculaire tantôt à celui de l'humérus proximal latéral externe et irradiant dans la gouttière bicipitale, d'une douleur de l'épicondyle droit et de lombalgies.

A l'examen clinique, l'experte a constaté des douleurs à la palpation de la gouttière bicipitale jusqu'au milieu du bras et des douleurs sous-acromiales antérieure et latérale au toucher. L'abduction active provoquait une douleur de l'articulation acromio-claviculaire, tuméfiée et extrêmement sensible au toucher mais stable, sans tiroir inféro-supérieur évident. L'assurée souffrait également de douleurs à la palpation de l'articulation radio-humérale droite.

L'experte a retenu les diagnostics suivants : tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs à droite symptomatique, inflammation articulaire acromio-claviculaire droite symptomatique d'origine dégénérative, status après entorse acromio-claviculaire stade I de l'épaule droite, épicondyalgie droite, status après entorse de la cheville droite asymptomatique et cervico-lombalgies.

La Dresse B _____ a expliqué qu'une entorse acromio-claviculaire de stade I à II guérit habituellement en six mois sans séquelle douloureuse sauf en cas de lésions articulaires préexistantes. Elle a indiqué que la tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs, également responsable des douleurs mécaniques, était préexistante à l'accident. Quant à la tendinite du coude, l'experte a émis l'hypothèse qu'elle était liée à la surcharge du coude pour compenser les mobilités douloureuses de l'épaule. Elle a préconisé une infiltration cortisonnée ainsi qu'une ponction-trituration des calcifications, dont les chances de succès étaient de 50 à 80 % mais sans garantie à long terme quant au résultat. Le traitement médical n'était donc pas terminé, bien que le pronostic ne fût pas bon.

L'experte a recommandé d'éviter les mouvements en charge de l'épaule droite et estimé que l'incapacité à exercer l'activité d'infirmière était totale mais qu'en revanche, l'assurée restait totalement capable d'exercer une activité adaptée, c'est-à-dire administrative ou sociale.

5. Le 12 novembre 2002, l'assurée a déposé auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) une demande de mesure d'orientation professionnelle et de rééducation dans la même profession.
6. Dans son rapport à l'OAI du 3 décembre 2002, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, a quant à lui retenu les diagnostics suivants : syndrome lombaire, dorsal, cervical chronique et discopathie étagée présent depuis environ 15 ans, entorse acromio-claviculaire droite présente depuis 2001 et état dépressif réactionnel présent depuis 1999. Le médecin a précisé que ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail de la patiente, dont il a qualifié l'état de santé de stationnaire. Il a ajouté que la capacité de travail de l'intéressée ne pouvait être améliorée par des mesures médicales mais qu'en revanche, des mesures professionnelles lui paraissaient indiquées.
7. Le 10 février 2003, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a émis l'avis que si l'assurée ne pouvait plus exercer son métier selon les Drs B _____ et C _____, sa capacité à exercer une activité n'impliquant que de faibles contraintes physiques était entièrement préservée.
8. Par décision du 11 février 2003, l'OAI a octroyé une mesure d'orientation professionnelle à l'assurée.
9. Le 4 mars 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a proposé de mettre l'assurée au bénéfice d'un reclassement professionnel.

La conseillère en réadaptation a relevé que l'intéressée avait mis sur pied un projet professionnel cohérent compte tenu de son atteinte à la santé et de ses contraintes familiales et financières. Selon les informations recueillies par téléphone auprès de

son ancien employeur, l'assurée aurait réalisé en 2003 un revenu de 68'106 fr. à 80 % (85'132 fr. à 100 %), ce qui correspondait au revenu d'une infirmière diplômée, niveau HES.

La conseillère en tirait la conclusion que l'assurée pouvait prétendre à une formation de niveau HES durant quatre ans pour essayer de recouvrer sa capacité de gain. En revanche, l'OAI ne pouvait entrer en matière sur la demande de l'assurée qui souhaitait, elle, suivre une formation universitaire en psychologie. Seuls les frais (y compris les indemnités journalières) équivalant à une formation HES pouvaient être pris en charge.

10. Par décision du 13 mars 2003, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais équivalant à une formation HES durant quatre ans, soit un écolage de 1'000 fr. par année scolaire sur présentation des justificatifs, le matériel scolaire à concurrence de 2'500 fr. pour toute la durée de la formation sur présentation des justificatifs, les frais de transport comprenant les frais kilométriques de 1.4 km par trajet (soit 2.8 km par jour de formation, du domicile de l'assurée en France à la frontière suisse) et le coût de l'abonnement des transports publics à Genève. L'assurée s'est également vu reconnaître le droit à des indemnités journalières d'attente, à des indemnités journalières durant sa formation et à un viatique selon le programme d'études qui restait à définir.
11. Le 30 septembre 2003, l'OAI a rendu une décision complétant celle du 13 mars 2003 et précisant que la mesure de réadaptation se déroulerait du 21 octobre 2003 au 20 octobre 2007.
12. Par décision du 14 mars 2003, l'OAI a accordé à l'assurée des indemnités journalières de 190 fr. durant le délai d'attente - soit du 4 mars 2003 au 20 octobre 2003 - en rappelant à l'intéressée son obligation de l'informer de toute modification de sa situation personnelle.
13. Par décision du 17 novembre 2003, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à des indemnités journalières de 190 fr. pendant la mesure de réadaptation professionnelle. Ladite décision rappelait une fois encore à l'assurée son obligation d'annoncer à l'OAI tout exercice d'activité lucrative, même partielle, durant les mesures de réadaptation.
14. En mars 2005, l'assurée a obtenu son certificat propédeutique de licence en psychologie.
15. Le 3 octobre 2005, l'assurée a indiqué à sa conseillère en réadaptation qu'elle ne pourrait être admise à l'université de Lausanne, comme elle en avait le projet, et poursuivrait donc sa formation à Genève. Elle a également précisé que sa formation durerait cinq ans.

16. Par décision du 8 novembre 2005, l'OAI a augmenté le montant des indemnités journalières allouées à l'assurée à 202 fr. dès le 1^{er} octobre 2005.
17. Par courrier du 28 mai 2006, l'assurée a informé à sa conseillère en réadaptation du fait que la durée des études était passée à cinq ans en raison de l'introduction du système de Bologne régissant les formations universitaires. Elle a demandé la prise en charge de cette cinquième année d'études en précisant qu'envisager une activité lucrative ne serait ni suffisant ni même possible compte tenu du temps qu'elle devait consacrer à sa famille et à ses études.
18. Par courrier du 4 octobre 2006, l'OAI a refusé de prendre en charge les frais afférents à la prolongation d'une année des études de l'assurée, au motif que celle-ci ne pouvait prétendre qu'à une formation HES de quatre ans.
19. Par courriel du 29 janvier 2007, l'assurée a informé à sa conseillère en réadaptation de son échec aux examens et du recours qu'elle avait déposé auprès de la Commission de recours de l'université contre la décision d'exclusion la concernant.
20. Le 16 mai 2007, lors d'un entretien téléphonique avec sa conseillère en réadaptation, l'assurée a précisé qu'elle avait déménagé en Suisse, que son recours contre la décision d'exclusion rendue par l'université était encore pendant et qu'elle ne pourrait se présenter aux examens censés débiter le 11 juin suivant.
21. L'assurée a transmis son programme d'études 2007-2008 à sa conseillère en réadaptation. Celui-ci prévoyait 22 heures de cours réparties sur quatre journées par semaine.
22. Le dossier de l'assurée a été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, qui, en octobre 2007, a suggéré d'accepter à titre exceptionnel de prolonger la mesure de reclassement professionnel jusqu'au 30 juin 2008. Cela impliquait la prise en charge de l'écolage sur présentation des justificatifs, des frais de transport conformément aux tarifs des transports publics genevois (TPG), d'un viatique une fois par semaine ainsi que des indemnités journalières.

La division de réadaptation professionnelle a constaté que l'assurée avait échoué aux examens de demi-licence et avait été exmatriculée durant l'année 2006-2007 tout en continuant à suivre des cours, qu'ayant finalement obtenu gain de cause, elle pourrait représenter ses examens de demi-licence qu'elle passerait lors de la session de janvier 2008, que la première partie des examens destinés à l'obtention du bachelor était programmée en janvier 2008, la deuxième en juin 2008 et qu'en cas d'échec, l'assurée pourrait se représenter à la session d'août 2008.
23. Le 10 octobre 2007, l'OAI a rendu une décision en ce sens.
24. L'assurée a échoué aux examens de demi-licence qui ont eu lieu en février 2008.

25. Interpellée par sa conseillère en réadaptation sur le déroulement de sa formation et sa présence aux cours, l'assurée a répondu par courriel du 28 mai 2008 qu'elle persévérerait.
26. Par courriel du 26 juin 2008, l'assurée a indiqué à sa conseillère qu'elle travaillait d'ores et déjà assidument pour ses examens d'août et septembre en vue de l'obtention du bachelors.
27. Le 16 juillet 2008, l'assurée a déclaré à sa conseillère qu'elle attendait une réponse de l'université pour savoir si elle pourrait se présenter aux examens d'août et septembre et souhaitait savoir si, dans cette hypothèse, les indemnités journalières continueraient de lui être versées jusqu'à cette date.
28. La conseillère en réadaptation a sollicité des précisions de l'assurée sur les raisons qui pourraient l'empêcher de se présenter à la session d'examens d'août et septembre, en rappelant que le reclassement ne pourrait être prolongé jusqu'à fin septembre que si l'assurée se trouvait alors en période d'examens.
29. L'assurée a précisé par courriel qu'elle travaillait bel et bien à ses examens mais qu'elle avait contesté son dernier bulletin de notes, dont la moyenne insuffisante ne lui permettait pas de se présenter à la session de rattrapage, et qu'elle était dans l'attente d'une décision de l'université à ce sujet. Elle a demandé la confirmation du versement d'indemnités journalières.
30. La conseillère en réadaptation a requis de l'assurée que celle-ci lui fasse parvenir ses notes d'examen et lui a annoncé que la mesure de reclassement serait prolongée jusqu'en août 2008, date à laquelle l'assurée devrait être fixée sur son droit de se présenter aux examens. Il a été rappelé à l'intéressée que les indemnités journalières étaient liées à une mesure de reclassement et qu'elle était tenue d'informer immédiatement l'OAI en cas de décision négative de l'université.
31. Le 23 juillet 2008, l'OAI a rendu une décision formelle prolongeant la mesure de reclassement professionnel jusqu'au 31 août 2008 et précisant que la décision de l'université sur la possibilité de l'assurée de se présenter aux examens devait lui être communiquée sans délai.
32. Par courrier du 23 juillet 2008, l'assurée a transmis à sa conseillère en réadaptation son bulletin de notes aux examens de demi-licence dont il ressortait qu'elle avait obtenu une moyenne insuffisante dans toutes les branches d'examens en février 2008, à l'exception d'une matière.
33. Par courriel du 2 septembre 2008, puis courriers des 27 octobre 2008 et 25 novembre 2008, la conseillère en réadaptation a à nouveau interrogé l'assurée sur sa situation et la position de l'université. Elle lui a également demandé si elle avait repris une activité professionnelle.

34. Par courrier du 1^{er} décembre 2008, l'assurée a finalement annoncé s'être inscrite au chômage le 1^{er} septembre 2008. Elle a ajouté que la commission de recours de l'université n'avait toujours pas statué sur son recours, qu'elle cherchait un emploi à temps partiel et pourrait dès le mois de janvier suivre sur deux ans une formation continue à raison de deux jours par mois à l'université de Nice afin d'obtenir un diplôme en thérapies systémiques qui lui offrirait d'intéressants débouchés professionnels et lui permettrait de valider ses acquis.
35. Le dossier de l'assurée a alors été soumis une nouvelle fois à la division de réadaptation professionnelle. Cette dernière, dans un rapport du 6 janvier 2009, a constaté que l'assurée n'avait pas mené son cursus universitaire à terme mais que, dans la mesure où elle ne subissait aucune perte de gain par rapport à son salaire avant invalidité, les mesures professionnelles pouvaient être considérées comme réussies : l'assurée avait en effet suivi une formation en communication relationnelle parallèlement au reclassement professionnel; compte tenu de ses diplômes d'infirmière et de sophrologie caycedienne, elle pourrait réaliser un revenu annuel de 63'868 fr. correspondant au revenu qu'elle aurait obtenu sans invalidité dans un poste qualifié à 80 % dans le domaine de la relation d'aide.
36. Le 16 janvier 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il comptait mettre un terme aux mesures professionnelles - considérées comme ayant abouti - et lui nier tout droit à une rente.
37. C'est alors que l'OAI a appris par la société PERMED CONSEIL EN PERSONNEL SA que cette dernière avait engagé l'assurée en tant qu'infirmière le 1^{er} juillet 2007. Il ressortait des fiches de salaire fournies par la société que l'assurée avait réalisé entre le 2 juillet 2007 et le 31 août 2008 un revenu brut total de 37'733 fr. 05, correspondant à 794.5 heures effectuées dans le cadre d'un horaire variable en fonction des missions qui lui étaient confiées, dont plusieurs l'ont occupée à plein temps hors des vacances académiques.
38. Invitée à s'expliquer, l'assurée s'est présentée le 25 août 2009 à l'OAI, accompagnée de sa mandataire. Cette entrevue a été écourtée sur demande de l'assurée, qui a indiqué qu'elle s'expliquerait par écrit.
39. Le 4 septembre 2009, la mandataire de l'assurée a adressé à l'OAI un courrier dénonçant les "conditions inacceptables" dans lesquelles s'était déroulé l'entretien et la diffamation dont sa mandante aurait été victime en requérant la production du rapport d'enquête de l'OAI.
40. Le 24 septembre 2009, l'OAI a répondu qu'il avait appris que l'assurée avait travaillé en tant qu'infirmière à domicile dès juillet 2007 sans l'en informer. Il a fait remarquer que ses indemnités journalières auraient dû être réduites en proportion de son revenu et que l'intéressée était censée suivre une formation à l'université durant la même période. L'OAI considérait qu'il y avait un lien de causalité entre les

échecs de l'assurée aux examens et son activité professionnelle. De plus, le fait que l'assurée ait travaillé comme infirmière pendant plusieurs mois à un taux d'occupation élevé démontrait qu'elle ne devait plus être considérée comme invalide et ce, bien avant la fin du reclassement. Enfin, l'OAI a relevé que des frais liés au reclassement avaient été remboursés alors qu'ils n'étaient pas justifiés, par exemple un abonnement annuel des CFF et un abonnement annuel des transports publics lausannois (TL); l'abonnement des transports publics genevois avait été remboursé à raison de 30 mensualités au lieu de 24 entre novembre 2004 et octobre 2006; de plus, jusqu'au 4 mai 2007, le remboursement des frais kilométrique avait été systématiquement doublé. L'OAI précisait que ces paiements avaient été validés par l'un de ses collaborateurs, dont il s'avérait qu'il était le compagnon de l'assurée, et qu'il se réservait le droit d'entamer des poursuites pénales à l'encontre de cette dernière et de son ami. L'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour se déterminer sur ces différents éléments avant qu'une demande en restitution ne lui soit notifiée.

41. Le 15 octobre 2009, l'assurée a reproché à l'OAI de ne pas lui avoir transmis les documents sur lesquels il fondait ses griefs. Elle a prétendu ne pouvoir s'expliquer dans ces conditions et a réclamé l'intégralité de son dossier. L'assurée s'est également interrogée sur les raisons pour lesquelles une enquête avait été ouverte et exigé que les documents y relatifs lui soient communiqués.
42. Par courrier du 27 octobre 2009, l'assurée s'est plainte une nouvelle fois d'une violation de son droit d'être entendue.
43. Le 30 octobre 2009, l'OAI lui a répondu que son dossier complet lui avait été transmis et l'a invitée à produire une liste précise des éléments qui lui manquaient pour se déterminer sur les griefs à son encontre.
44. Selon les décomptes fournis par la Caisse cantonale genevoise de compensation à l'OAI, l'assurée a perçu des indemnités journalières d'un montant total de 83'435 fr. 15 après déduction des cotisations sociales, soit 35'524 fr. 40 du 1^{er} mai au 31 décembre 2007 et 47'910 fr. 75 du 1^{er} janvier au 31 août 2008. Les indemnités journalières afférentes au mois de mai 2007 et juin 2007 s'élevaient respectivement à 5'883 fr. 15 et 5'693 fr. 35, cotisations sociales déduites.
45. Par décision du 30 avril 2010, l'OAI a exigé la restitution d'un montant total de 87'985 fr. 25, correspondant aux indemnités journalières perçues dès le 1^{er} juillet 2007 (83'482 fr. 15) et aux frais indûment remboursés (soit les indemnités kilométriques doublées [1'093 fr. 10], les abonnements des CFF et des TL [2'990 fr.] et les abonnements des TPG [420 fr.]). A l'appui de sa décision, l'OAI a repris les motifs développés dans son courrier du 24 septembre 2008.

46. Le 28 mai 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en sollicitant un délai pour compléter son recours. Elle allègue que la décision de l'OAI se fonde sur des faits erronés.
47. La recourante a complété son recours par écriture du 14 juillet 2010. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI tout en s'en remettant à justice pour la restitution des frais de transport.

La recourante soutient que sa conseillère en réadaptation lui aurait indiqué qu'elle était autorisée à exercer un emploi accessoire en plus de ses études; elle lui aurait indiqué lors d'un entretien le 18 janvier 2007 qu'il serait bon qu'elle reprenne un emploi dans l'hypothèse où elle serait définitivement exmatriculée de l'université.

La recourante conteste avoir travaillé à un taux supérieur à 60 % durant une longue période mais admet un taux d'activité moyen de 32.39 %.

S'agissant du remboursement de l'abonnement des CFF, elle souligne qu'elle était censée étudier à Lausanne mais que cette possibilité ne s'est pas concrétisée et que le service de facturation de l'intimé a dû en être averti par sa conseillère en réadaptation.

La recourante s'étonne de ne pas trouver les justificatifs des abonnements TPG au dossier.

Quant aux frais kilométriques, elle produit un document retraçant l'itinéraire entre son domicile de l'époque et la douane de la Croix-de-Rozon, dont il ressort que la distance entre ces deux points est de 4.1 km.

La recourante reproche à l'intimé son "manque de professionnalisme et son agressivité" et proteste de sa bonne foi. Selon elle, la faute est imputable aux multiples personnes qui ont contrôlé et validé l'application des mesures d'orientation professionnelle.

Enfin, elle allègue que la restitution du montant réclamé la mettrait dans une situation délicate.

48. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 juillet 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimé reproche à la recourante d'avoir violé son obligation de renseigner. Il souligne que l'intéressée ne saurait se prévaloir de sa bonne foi dans la mesure où elle a commis une négligence grave en omettant de l'informer du fait qu'elle avait repris une activité lucrative.

Quant aux frais kilométriques et aux abonnements des transports publics, l'intimé est d'avis que la recourante devait se rendre compte qu'ils étaient remboursés à tort et qu'elle ne peut non plus se prévaloir de sa bonne foi sur ce point.

49. Par écriture du 18 août 2010, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Elle relève que le dossier établi par l'intimé ne contient aucun document sur les frais remboursés à double.

Elle prétend avoir informé sa conseillère en réadaptation de sa prise d'emploi et nie avoir recouvré sa capacité de gain, alléguant qu'elle n'a effectué que des missions temporaires.

Selon elle, une restitution ne peut porter que sur la différence entre le gain attendu et le gain réalisé.

Enfin, la recourante soutient que, son dossier étant clos, il ne pouvait faire l'objet d'une reconsidération.

La recourante considère que la prise de position de l'intimé relève de la diffamation eu égard au comportement dolosif qui lui est imputé. Elle allègue avoir indiqué par téléphone du 3 octobre 2005 à sa conseillère que sa formation ne se déroulerait pas à l'université de Lausanne.

50. Le 27 septembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il fait valoir que les conditions légales et jurisprudentielles pour exiger la restitution sont remplies en l'espèce puisque la recourante était informée de son obligation de renseigner.

Quant à la dénonciation dont l'intéressée a fait l'objet, l'intimé relève qu'elle a été consignée dans une pièce dont la consultation est soumise à restrictions, ceci pour préserver l'intérêt d'un tiers ou de l'administration. L'intimé souligne que la recourante a quoi qu'il en soit été valablement informée de son contenu.

51. Par courrier du 23 novembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a requis de l'intimé la production des justificatifs de paiement des montants faisant l'objet de la demande de restitution (frais kilométriques et abonnements des transports publics).

52. L'intimé s'est exécuté par courrier du 26 novembre 2010 et a produit une liasse de factures et de justificatifs de versement dont il ressort notamment que, pour la période du 18 juillet 2005 au 11 juillet 2006, la recourante a reçu 1'260 fr. à titre de prise en charge de son abonnement TPG (soit dix-huit mensualités de 70 fr.) et 2'990 fr. correspondant au prix annuel d'un abonnement général valable jusqu'au 23 octobre 2006.

53. Par écriture spontanée du 16 décembre 2010, la recourante a déclaré ne pas contester ces pièces mais s'est étonnée de leur absence au dossier initialement produit par l'intimé.
54. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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 l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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 domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

3. Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur la seule question de savoir si la décision de restitution querellée est conforme au droit en tant qu'elle conclut que la recourante a perçu des indemnités journalières auxquelles elle n'avait pas droit dès le 1^{er} juillet 2007 et a obtenu le remboursement de frais de transport non dus.

S'agissant de la demande de remise, la Cour de céans observe qu'elle est prématurée puisqu'une telle demande ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force (ATF C 169/05 du 13 avril 2006, consid. 1.2). La remise et son étendue font ainsi l'objet d'une procédure distincte (ATF P 63/06 du 14 mars 2007, consid. 3; ATF C 264/05 du 25 janvier 2006, consid. 2.1), raison pour laquelle il ne sera pas statué sur ce point à ce stade. Les griefs de la recourante relatifs à sa bonne foi et à la situation financière difficile dans laquelle la plongerait l'obligation de rembourser le montant réclamé seront, cas échéant, examinés dans le cadre de la demande de remise qu'il lui est loisible de déposer auprès de l'intimé.

5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). À teneur de l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108, consid. 2b et les références).

Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATF I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Selon l'art. 22 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au

moins. Aux termes de l'art. 23 al. 1 première phrase LAI, l'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu que l'assuré percevait pour la dernière activité lucrative exercée sans restriction due à des raisons de santé. L'art. 21^{septies} RAI précise que si l'assuré exerce une activité lucrative pendant sa réadaptation, l'indemnité journalière est réduite dans la mesure où, ajoutée au revenu de cette activité, elle dépasse le gain déterminant selon les art. 21 à 21^{quinquies} du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201).

6. Selon l'art. 31 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus 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. Cette obligation est également prévue à l'art. 77 RAI, qui précise que sont considérés comme changements importants en particulier ceux concernant l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la faculté d'accomplir les travaux habituels, l'impotence, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.
7. En vertu de l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343, consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343, consid. 3.5).

Dès lors qu'une adaptation des prestations aurait été nécessaire en vertu de l'art. 17 LPGA et qu'elle n'a pas eu lieu, les prestations qui continuent d'être versées sont réputées avoir été perçues indûment. Au cas où une décision n'a pas été adaptée par suite de la violation par l'assuré de son obligation de renseigner, l'adaptation peut être rétroactive et déployer ses effets dès le moment où l'assuré aurait dû informer l'autorité du changement survenu (KIESER, *op. cit.*, nn. 10 et 34 ad art. 17). Les prestations indûment perçues sont alors sujettes à restitution au sens de l'art. 25 LPGA (ATF 9C_185/2009 du 19 août 2009, consid. 4.3).

8. À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1^{er}). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2). Sur ce point, la réglementation prévue par la LPGA reprend, matériellement, le contenu des anciens art. 95 al. 4 1^{ère} phrase de la loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI; RS 837.0) et 47 al. 2 1^{ère} phrase de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) notamment, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Selon la jurisprudence relative à ces dispositions, qu'il convient également d'appliquer à l'art. 25 al. 2 précité, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF C 80/05 du 3 février 2006; ATF 124 V 380, consid. 1).
9. Eu égard aux considérants qui précèdent, il convient de déterminer si les prestations litigieuses étaient dues.

a) S'agissant des indemnités journalières, la Cour de céans relève ce qui suit.

La recourante a été mise au bénéfice d'un reclassement professionnel en raison de son incapacité de travail totale dans sa profession d'infirmière en soins généraux. Dès lors qu'elle a pu reprendre cette profession pour une période prolongée et à un taux d'activité élevé, il faut admettre que la recourante ne rencontrait plus d'incapacité de gain dans sa profession. Partant, les mesures de réadaptation et notamment le versement d'indemnités journalières n'avaient plus lieu d'être.

De plus, le droit à une mesure de reclassement et, partant, à des indemnités journalières n'était plus donné dès juillet 2007 dès lors que la condition subjective à une telle mesure faisait défaut. Le droit à une mesure de reclassement suppose en effet que l'assuré consacre à sa formation le temps nécessaire et soit motivé à la réussir. En l'espèce, la recourante a travaillé sur une longue période à des taux d'activité incompatibles avec la fréquentation de cours universitaires et la préparation d'examens, ce qui n'est certainement pas étranger aux mauvais résultats qu'elle a obtenus. Les horaires pratiqués par la recourante, qui représentent en moyenne environ 56 heures par mois sur l'ensemble de la période en cause, suffisent à démontrer que la recourante n'a pas consenti aux efforts exigibles pour la

réussite de son reclassement, et que sa formation était dès lors vouée à l'échec. On soulignera à cet égard que la recourante considérait elle-même que son programme d'études et sa vie familiale étaient inconciliables avec l'exercice d'une activité professionnelle, comme cela ressort de son courrier du 28 mai 2006 à sa conseillère en réadaptation.

Enfin, l'activité professionnelle de la recourante avait également une incidence sur le montant des indemnités journalières auxquelles elle avait droit durant sa réadaptation. Comme le prévoient les dispositions légales précitées, ces indemnités auraient dû être réduites en fonction du gain réalisé par la recourante et ce, même si l'activité lucrative avait été compatible avec la mesure de reclassement.

En conséquence, la Cour de céans arrive à la conclusion que les indemnités journalières n'étaient plus dues dès le mois de juillet 2007, date de la reprise de l'activité professionnelle. Conformément à la jurisprudence et à la doctrine citées, les indemnités indument obtenues devront être restituées dès lors que la recourante a violé l'obligation de renseigner qui lui incombait. En effet, la reprise de son activité en tant qu'infirmière en soins généraux constitue à l'évidence une modification des circonstances tombant sous le coup de l'art. 77 RAI. Ce devoir d'annoncer était au demeurant expressément mentionné dans les décisions d'octroi de prestations et les communications de l'intimé, si bien que la recourante ne pouvait l'ignorer. Elle n'a cependant jamais évoqué les changements survenus, pas même lorsqu'elle a été interpellée sur le déroulement de ses études par sa conseillère en réadaptation au printemps et en été 2008. Au contraire, la recourante a assuré à plusieurs reprises se consacrer avec rigueur à la préparation de ses examens, alors que ses contrats de mission révèlent qu'elle travaillait à un taux d'activité très élevé durant cette période.

La Cour de céans observe cependant que le montant de 83'435 fr. 15 dont l'intimé exige la restitution englobe également les indemnités journalières versées pour les mois de mai et juin 2007. Dans la mesure où le droit aux prestations ne s'est éteint qu'en juillet 2007, les indemnités afférentes aux mois de mai et juin n'ont pas à être déduites, ce qui réduit la somme à restituer à 71'858 fr. 65.

b) L'intimé réclame également la restitution d'indemnités kilométriques et de frais de transports publics versés en trop.

Il convient de rappeler que l'obligation de restituer des prestations indument perçues selon l'art. 25 LPGA s'applique non seulement en cas de révision ou de reconsidération des décisions d'octroi, mais aussi lorsqu'une prestation a été versée par mégarde à une personne qui n'y avait pas droit (KIESER, *op. cit.*, n. 6 ad art. 25).

S'agissant des frais kilométriques, la décision du 13 mars 2003 prévoyait l'indemnisation des kilomètres du domicile de la recourante jusqu'à la frontière à

hauteur de 1.4 km par trajet. Or, comme la recourante l'a démontré, la distance à couvrir n'était pas de 1.4 km mais de 4.1 km par jour. Ainsi, même si le nombre de kilomètres défrayés par l'intimé excédait celui prévu par la décision, il reste inférieur à ce que la recourante aurait dû percevoir, de sorte qu'elle n'a pas bénéficié d'un versement indu et ne doit rien rembourser à ce titre.

Il en va autrement des montants payés en trop pour les abonnements de transports publics. La recourante a en effet perçu pour la période du 18 juillet 2005 au 11 juillet 2007 la somme de 1'260 fr. correspondant à la prise en charge de son abonnement des TPG alors que le coût réel de l'abonnement pour cette durée était de 840 fr. (soit douze mensualités à 70 fr.). Il en résulte un montant versé en trop de 420 fr.

Quant au versement de 2'990 fr. pour un abonnement général des CFF, il n'était pas justifié puisque la formation de la recourante s'est déroulée exclusivement à Genève et qu'elle n'a pas eu besoin de ce titre de transport. Ces montants devront être remboursés, sous réserve d'une éventuelle remise.

10. La demande de restitution est par ailleurs intervenue dans le délai légal puisque c'est en juillet 2009 que l'intimé a découvert que la recourante avait exercé un emploi et qu'il a procédé au réexamen complet de son dossier, découvrant ainsi, par ailleurs, qu'elle s'était également vu rembourser certains frais de réadaptation à tort. La décision de restitution, datée du 30 avril 2010, a donc été notifiée avant l'échéance du délai d'une année prévu par l'art. 25 LPGA. Les prestations dont la restitution est requise ont en outre été versées dans le délai absolu de cinq ans prévu par cette disposition, de sorte que le droit de demander la restitution n'est pas périmé.
11. Quant à l'argument de la recourante selon lequel son dossier était clos et ne pouvait pas faire l'objet d'une nouvelle décision, il ne résiste pas à l'examen. En effet, comme cela découle des dispositions exposées plus haut, l'autorité a la faculté, à certaines conditions réalisées en l'espèce, de revenir sur une décision entrée en force.

Le fait que la recourante n'ait pas eu accès à la dénonciation dont elle a fait l'objet est en outre sans incidence sur son droit d'être entendue. En effet, que le réexamen du dossier de la recourante résulte d'un contrôle aléatoire de l'intimé ou d'une dénonciation est sans portée sur la décision querellée. De plus, la recourante a eu accès à toutes les pièces qui fondent la demande de restitution et a eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet dans le cadre de la procédure devant la Cour de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen. Une éventuelle violation du droit d'être entendu serait ainsi de toute manière réparée (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa).

12. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce sens que le montant à restituer est non pas de 83'435 fr. 15 mais de 75'268 fr. 65 après déduction des indemnités journalières versées pour les mois de mai et juin 2007 (soit 71'858 fr. 65 pour les indemnités journalières, 420 fr. pour les abonnements des TPG et 2'990 fr. pour l'abonnement CFF).

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 100 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 mars 2010 en tant qu'elle fixe le montant à restituer à 83'435 fr. 15.
4. Dit que le montant soumis à restitution est de 75'268 fr. 65.
5. Met un émolument de 100 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le