

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1893/2020

ATAS/988/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

représentée par Me Youri WIDMER, avocat

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1976, mère de deux enfants, a travaillé en tant qu'infirmière.
- b.** Le 23 août 2010, lors d'un séjour au B_____, l'assurée s'est fracturé la cheville gauche. En arrêt de travail à 100% à compter de cette date, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-accidents.
- B.** **a.** Le 21 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) qui, par décision du 17 juillet 2013, lui a reconnu le droit à un trois-quarts de rente dès août 2011, diminué à un quart de rente le 1^{er} novembre 2012.
- c.** Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 23 décembre 2014 : elle a annulé la décision du 17 juillet 2013, reconnu à l'assurée le droit à une rente entière dès août 2011 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la période débutant le 1^{er} janvier 2012 (ATAS/1345/2014).
- d.** Par décision du 17 juin 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août au 31 décembre 2011 et, par décision du 25 septembre 2018, le droit à une rente entière d'invalidité (80% d'invalidité) du 1^{er} janvier au 31 août 2012. Considérant avoir versé à tort un quart de rente, du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2018, l'OAI a réclamé le remboursement du montant correspondant, soit CHF 45'231.-.
- e.** Saisie d'un nouveau recours de l'assurée, la Cour de céans a statué en date du 24 juin 2020 (ATAS/525/2020). Admettant partiellement le recours, elle a annulé la décision du 25 septembre 2018 en tant qu'elle supprimait le droit de l'assurée à une rente d'invalidité le 31 août 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire s'agissant de la période débutant le 1^{er} septembre 2012 et nouvelle décision.
- C.** **a.** À compter d'octobre 2016, l'assurée a bénéficié d'une participation aux primes d'assurance-maladie.
- b.** Suite à la suppression de la rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 2012, le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC), par décisions des 18 et 20 décembre 2018, confirmées sur opposition le 5 mars 2019, a réclamé à sa bénéficiaire le remboursement de la somme de CHF 22'120.20, correspondant aux participations aux primes d'assurance-maladie et remboursements de frais médicaux qu'il estimait avoir versés à tort du 1^{er} octobre 2016 au 31 décembre 2018.

Ces décisions sont entrées en force.

c. Par décision du 3 février 2020, le SPC a rejeté la demande de remise de l'obligation de rembourser la somme réclamée (demande formulée par l'assurée dans l'opposition formée aux décisions en restitution).

Le SPC a expliqué avoir découvert, en date du 7 décembre 2018, à la lecture des informations transmises par la caisse de compensation, que la rente d'invalidité de l'assurée avait été supprimée fin juin 2018. Il avait alors repris le calcul des prestations dues à compter d'octobre 2016 et constaté que CHF 22'120.20 avaient été versés à tort.

Le SPC a considéré que la condition relative à la bonne foi ne pouvait être admise, l'assurée ayant violé son obligation de l'informer sans retard de tout changement intervenant dans sa situation. Ce n'était en effet que par le biais de la caisse versant les prestations de l'assurance-invalidité qu'il avait découvert la suppression de celle-ci.

d. Le 2 mars 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision en faisant valoir en substance que les décisions en restitution étaient « inappropriées », dès lors qu'aucune décision définitive n'avait encore été rendue par l'assurance-invalidité.

Elle protestait par ailleurs de sa bonne foi, arguant avoir communiqué au SPC, en annexe à un courrier qu'elle lui avait adressé le 13 août 2018, le projet de décision de l'OAI du 14 juin 2018, dont il ressortait que l'OAI considérait qu'à compter du 1^{er} août 2012, le degré d'invalidité n'avait plus été que de 29%.

e. Par décision du 26 mai 2020, le SPC a rejeté l'opposition.

Le SPC a constaté que les arguments de l'intéressée ne portaient pas sur les conditions de la remise en elle-même, mais sur la question du bien-fondé des décisions de restitution, lesquelles avaient été confirmées sur opposition et étaient entrées en force. Ces arguments n'étaient dès lors plus recevables dans le cadre de la procédure de remise.

Pour le surplus, le fait que la bénéficiaire ait contesté la décision de l'assurance-invalidité n'avait aucune incidence sur son droit aux prestations complémentaires.

Le SPC a considéré que la bonne foi de l'assurée ne pouvait être admise.

Certes, le courrier qu'elle lui avait adressé le 13 août 2018, faisait état d'un projet d'acceptation de rente de l'OAI daté du 14 juin 2018. Cela étant, le SPC a soutenu que ledit projet était insuffisamment explicite pour en déduire les droits de l'assurée et que ce n'est qu'en date du 7 décembre 2018, lorsque lui ont été communiquées les explications annexes du 21 août 2018 de la caisse de compensation, qu'il a pu constater la fin effective du droit à la rente d'invalidité, entraînant la perte du droit aux prestations complémentaires avec effet rétroactif.

D. a. Par écriture du 26 juin 2020, la bénéficiaire a interjeté recours contre cette décision, en demandant préalablement la suspension de la cause jusqu'à droit connu en matière d'assurance-invalidité.

En substance, la recourante rappelle que la décision de l'OAI de septembre 2018 a été contestée. Elle reproche au SPC de « s'acharner sur elle » en sollicitant le versement de montants importants, alors même que le litige qui l'oppose à l'OAI n'est pas résolu.

Elle allègue avoir toujours fait preuve de bonne foi et avoir essayé, tant bien que mal, compte tenu de son état de santé, de satisfaire à ses obligations. C'est ainsi en toute bonne foi qu'elle a pensé qu'il convenait d'attendre le résultat définitif de ce litige pour informer le SPC, la perte de son droit aux prestations de l'AI n'étant pas définitive.

Elle fait valoir que la décision finale en matière d'assurance-invalidité aura une incidence, non seulement sur le montant à rembourser, mais également sur l'octroi d'une remise, en lien avec le remboursement en question.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 juillet 2020, a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 19 octobre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions et sollicité une nouvelle fois la suspension de la procédure jusqu'à droit connu en matière d'assurance-invalidité.

d. Dans sa duplique du 27 octobre 2020, le SPC a fait remarquer que l'instruction complémentaire à mener par l'OAI suite à l'arrêt cantonal de renvoi n'aurait aucune incidence sur les conditions de la remise de l'obligation de restituer la somme réclamée, mais qu'il pourrait en revanche en avoir une sur le montant de sa créance, si l'intéressée venait à être mise à nouveau au bénéfice d'une rente pour la période litigieuse, débutant le 1^{er} octobre 2016, raison pour laquelle il acceptait la suspension de la procédure proposée.

e. Dès lors, par ordonnance du 29 octobre 2020, la Cour de céans a suspendu l'instruction de la cause d'accord entre les parties et réservé la suite de la procédure. La suspension de la procédure a été prolongée à de multiples reprises.

f. Par courrier du 2 août 2023, l'intimé a informé la Cour de céans que l'OAI, par décision du 8 juin 2023, avait mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 2012.

Dans la mesure où cette nouvelle décision entraînerait un nouveau calcul des prestations et, par voie de conséquence, une compensation avec les prestations réclamées en restitution, le refus de remise prononcé le 26 mai 2020 devait être confirmé dans son principe. Cependant, concrètement, la dette de la recourante ferait l'objet d'une annulation par compensation dans le cadre du prochain calcul qui serait opéré en sa faveur par le secteur des mutations du SPC.

g. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 14 septembre 2023, à l'issue de laquelle, après discussion entre les parties, il a été convenu de suspendre à nouveau la procédure en attendant que la recourante dépose une

nouvelle demande de prestations complémentaires afin de couvrir toute la période depuis 2012 et qu'il soit statué sur cette demande.

h. Par courrier du 3 octobre 2024, la recourante a avisé la Cour de céans qu'elle avait déposé une nouvelle demande de prestations complémentaires en date du 3 décembre 2023, dont elle attendait toujours qu'elle soit traitée.

i. Par écriture du 8 octobre 2024, l'intimé a confirmé que cette demande était encore en cours d'instruction et qu'aucune décision n'avait encore été rendue.

j. Le 16 décembre 2024, l'intimé a indiqué à la Cour de céans que la recourante ne lui ayant toujours pas transmis les justificatifs qu'il lui réclamait, aucune décision ne pourrait intervenir avant la fin de l'année 2024.

k. Le 7 avril 2025, la recourante a informé la Cour qu'elle avait transmis au SPC l'intégralité des documents réclamés par ce dernier.

l. Par décisions du 18 juin 2025, le SPC a statué sur le droit aux prestations de la recourante du 1^{er} septembre 2012 au 28 février 2021, puis du 1^{er} mars 2021 au 30 juin 2025.

m. Par écriture du 8 juillet 2025, l'intimé a informé la Cour de céans du fait qu'il avait statué. Il résultait de ses calculs que le montant de CHF 22'120.20 – concernant des subsides d'assurance-maladie et des remboursements de frais médicaux – sur lequel portait la procédure de demande de remise n'avait pu faire l'objet d'une compensation ou d'une annulation et qu'il restait par conséquent intégralement dû. La reprise de la procédure était demandée.

n. Par écriture du 17 septembre 2025, la recourante a indiqué à la Cour de céans avoir requis, en vain, des informations complémentaires de la part du SPC.

Pour le surplus, elle argue que, si elle a effectivement reçu à tort des subsides d'assurance-maladie, ceux-ci lui ont été versés par le Service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM), et non par l'intimé.

Elle s'étonne qu'un montant de CHF 4'930.- ait été versé par l'OAI au SPC.

Pour le reste, elle revient sur différents éléments de calculs contenus dans les décisions du 18 juin 2025.

o. À cette occasion, la recourante a sollicité d'obtenir un certain nombre d'informations de l'intimé, notamment sur la question des CHF 4'930.- soustraits du montant que lui a versé l'OAI à titre rétroactif.

La recourante a indiqué ne pas s'être opposée aux décisions rendues le 18 juin 2025 par le SPC suite au dépôt de la nouvelle demande de prestations, portant sur la période du 1^{er} septembre 2012 au 30 juin 2025.

La recourante a également posé des questions sur les subsides dont le remboursement lui est réclamé.

L'intimé lui a expliqué que c'est lui qui a vocation à réclamer le remboursement de subsides versés à tort, même si ceux-ci l'ont été par le SAM. C'est ce dernier qui calcule les montants et les communique ensuite au SPC – cela a été fait en l'occurrence en date du 19 décembre 2018 –, après avoir évidemment vérifié le droit du bénéficiaire aux subsides ordinaires.

En l'occurrence, la recourante s'est vu reconnaître le droit à un subside de septembre 2012 à février 2014. Cela étant, une compensation est impossible, puisque cela ne concerne pas la même période pour laquelle la restitution est demandée.

L'intimé a fait remarquer qu'il ressort de la décision du 18 juin 2025 portant sur la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016 que le montant des dépenses reconnues est bien inférieur à celui du revenu déterminant et que la différence est elle-même supérieure au montant des primes d'assurance-maladie, raison pour laquelle le droit au subside n'a pas été ouvert. Le fait que le subside ait été supprimé est certainement la conséquence de l'augmentation de la rente d'invalidité.

S'agissant de la décision litigieuse du 26 mai 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions : il considère que la condition relative à la bonne foi n'est pas remplie.

La recourante a également persisté dans ses conclusions. Elle allègue qu'elle a essayé de comprendre la situation et pensait sincèrement avoir droit aux montants qui lui ont été versés. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle a redéposé ultérieurement une demande de prestations. Le remboursement de la somme réclamée la mettrait par ailleurs dans une situation financière excessivement difficile.

Elle ajoute que le montant qui lui est réclamé porte sur des prestations allouées à toute la famille, dont c'est majoritairement son ex-époux qui en a profité.

Ce à quoi l'intimé a répondu que, concrètement, c'est à l'ex-époux de la recourante qu'il réclamera la part qui le concerne dans le cadre de la procédure de recouvrement, étant rappelé que la remise ne peut être admise ou refusée que dans sa totalité et que dans le cas présent, il estime qu'il n'y a pas lieu de l'admettre.

p. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

1.3 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 2.** La Cour de céans souligne que tant les décisions de restitution rendues par l'intimé en dates des 18 et 20 décembre 2018, confirmées sur opposition le 5 mars 2019, que les décisions de prestations rendues ultérieurement, en cours de procédure, le 18 juin 2025, sont entrées en force, faute d'avoir été contestées. Le litige se limite donc à la question du bien-fondé du rejet de la demande de remise de l'obligation de restituer la somme de CHF 22'120.20.

3.

3.1 Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

Selon l'art. 33 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), cette disposition s'applique par analogie lorsque des subsides d'assurance-maladie indûment touchés doivent être restitués.

Lorsque des subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du service, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie (art. 33 al. 2 LaLAMal).

Selon l'art. 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA – RS 830.11), la restitution entière ou

partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile (al. 1). Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (al. 2). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (al. 4). La remise fait l'objet d'une décision (al. 5).

Le délai de 30 jours prévu par l'art. 4 al. 4 OPGA pour le dépôt de la demande de remise est un délai d'ordre et non un délai de péremption (ATF 132 V 42 consid. 3).

3.2 Au regard de la jurisprudence relative à l'art. 25 LPGA, la procédure de restitution des prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle celles-ci ont été allouées sont réalisées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 207/04 du 20 janvier 2006 consid. 4) ; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA et des dispositions particulières ; le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, 2^{ème} phrase LPGA (*cf.* art. 3 et 4 OPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.1.1 et 5.2).

4.

4.1 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 (al. 1). Toute personne ou institution participant à la mise en œuvre des assurances sociales a l'obligation d'informer l'assureur si elle apprend que les circonstances déterminantes pour l'octroi de prestations se sont modifiées (al. 2).

Aux termes de l'art. 24 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI – RS 831.301), l'ayant droit ou son représentant légal ou, le cas échéant, le tiers ou l'autorité à qui la prestation complémentaire est versée, doit communiquer sans retard à l'organe cantonal compétent tout changement dans la situation personnelle et toute modification sensible dans la situation matérielle du bénéficiaire de la prestation. Cette obligation de renseigner vaut aussi pour les modifications concernant les membres de la famille de l'ayant droit.

4.2 La réalisation de la condition de la bonne foi, présumée en règle générale (art. 3 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 [CC] – RS 210), doit être

examinée dans chaque cas à la lumière des circonstances concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.1). La condition de la bonne foi doit être remplie dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.1 et les références).

La jurisprudence constante considère que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, l'assuré peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 138 V 218 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 3 et 9C_16/2019 du 25 avril 2019 consid. 4).

On parlera de négligence grave lorsque l'ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2019 du 25 avril 2019 consid. 4). La mesure de l'attention nécessaire qui peut être exigée doit être jugée selon des critères objectifs, sans que l'on puisse occulter ce qui est possible et raisonnable dans la subjectivité de la personne concernée (capacité de discernement, état de santé, niveau de formation, etc. ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2016 du 26 septembre 2016 consid. 3.1). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, l'assuré aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de sa part qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

En revanche, l'intéressé peut invoquer sa bonne foi si son défaut de conscience du caractère indu de la prestation ne tient qu'à une négligence légère, notamment en cas d'omission d'annoncer un élément susceptible d'influer sur le droit aux prestations sociales considérées, lorsque ladite omission ne constitue qu'une

violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner sur un tel élément (ATF 112 V 97 consid. 2c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_16/2019 consid. 4 et 9C_14/2007 du 2 mai 2007 consid. 4 ; DTA 2003 n° 29 p. 260 consid. 1.2 et les références ; RSAS 1999 p. 384 ; Ueli KIESER, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts - ATSG*, 4^{ème} éd. 2020, n. 65 *ad* art. 25 LPGA).

5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.

6.1 En l'espèce, il est établi que l'OAI, par décision du 25 septembre 2018, a supprimé la rente d'invalidité de la recourante avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2012.

L'intimé considère que la remise de l'obligation de rembourser les subsides et remboursements de frais maladie versés à tort pour la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 décembre 2018 ne peut être accordée.

S'il reconnaît que la recourante lui a bien transmis, en date du 13 août 2018, le projet de décision de l'OAI du 14 juin 2018, il argue que ce document était « insuffisamment explicite » pour qu'il puisse en déduire la suppression de la rente AI à compter du 1^{er} septembre 2018. Ce n'est qu'en date du 7 décembre 2018 qu'il a pris connaissance de ladite suppression – et de ses conséquences en termes de droit aux subsides – lorsque la décision formelle de l'OAI du 25 septembre lui a été communiquée par la caisse de compensation. Il reproche ainsi à la recourante d'avoir violé son obligation de l'aviser d'un changement dans sa situation. Selon l'intimé, cette omission est constitutive d'une négligence grave, ce qui exclut la reconnaissance de la bonne foi de l'assurée.

6.2 La recourante fait valoir en substance qu'elle a transmis le projet de décision de l'OAI à l'intimé. Elle ajoute qu'elle pensait sincèrement avoir droit aux prestations qui lui ont été allouées. Enfin, elle allègue qu'elle pensait ne pas devoir aviser l'intimé tant que la décision de l'OAI ne serait pas définitive – or, elle l'avait contestée avec l'aide de son avocat.

6.3 Comme rappelé ci-avant, il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales.

Cela étant, comme rappelé *supra*, l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi.

Dès lors, l'argument selon lequel la recourante était convaincue d'avoir droit aux prestations ne lui est d'aucun secours.

Il faut bien plutôt établir qu'elle ne s'est rendue coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave.

Il convient par conséquent d'examiner ce qu'il en est en l'occurrence.

Le fait que la recourante ne pensait pas devoir aviser l'intimé tant que la décision de l'OAI ne serait pas définitive n'est pas recevable non plus. En effet, il n'appartient pas à l'assuré de déterminer quels éléments il est pertinent ou non d'annoncer à l'autorité. Il lui incombe de communiquer à celle-ci tout changement personnel de sa situation.

La Cour de céans note cependant que la recourante n'avait manifestement nulle intention de dissimuler la situation à l'intimé, puisqu'elle a spontanément adressé à ce dernier le projet de décision que lui avait adressé l'OAI en date du 14 juin 2018, qui précédait la décision formelle de trois mois.

Certes, ce dernier était intitulé « projet d'acceptation de rente ». Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'il aurait dû apparaître clairement à l'intimé, autorité rompue à la lecture de décisions en matière d'assurance-sociale, que l'OAI, aux termes de ce projet, entendait nier à l'assurée le droit à une rente au-delà du mois d'août 2012. En effet, on peut y lire que l'OAI considérait que l'intéressée avait recouvré une capacité de travail de 100% – avec diminution de rendement de 20% – dès août 2012. S'ensuivaient un calcul du degré d'invalidité, arrêté à 29%, et de la précision selon laquelle « un taux inférieur à 40% n'ouvre pas droit à des prestations de notre assurance, sous forme de rente ». Dans ces conditions, il paraît pour le moins téméraire de la part de l'intimé de soutenir que ce projet était « insuffisamment explicite pour en déduire les droits de l'assurée ».

Qui plus est, on notera que la plus grande partie de la somme réclamée en restitution à la recourante porte sur une période antérieure à la décision de l'OAI, laquelle avait un effet rétroactif. Ainsi, les subsides versés à tort du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2018 ne l'ont pas été du fait de la recourante et d'une quelconque négligence de sa part. On ne peut lui reprocher que trois mois de subsides indus, consécutifs à la non-communication de la décision formelle du 25 septembre 2018.

Eu égard aux considérations qui précèdent et aux circonstances particulières, la Cour de céans est d'avis qu'en l'occurrence, les faits imputables à la recourante – non-communication de la décision formelle rendue par l'OAI trois mois après son projet – ne sauraient être qualifiés de négligence grave, et que sa bonne foi doit être reconnue.

Le recours est en ce sens partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour examen de la condition relative à la situation financière difficile et nouvelle décision.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 26 mai 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110). 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

Diana ZIERI

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