

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2608/2015

ATAS/174/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mars 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PERLY

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1942, divorcé, domicilié dans le canton de Genève, a sollicité, le 13 août 2012, des prestations du service des prestations complémentaires (ci-après : SPC). Il a été hospitalisé depuis le 23 décembre 2011 à l'hôpital de Loëx.
2. Par décision du 16 août 2012, le SPC a indiqué à l'assuré que son droit aux prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF) et cantonales (ci-après : PCC) pourrait le cas échéant prendre naissance rétroactivement dès le 1^{er} juillet 2012, mais que son revenu déterminant dépassant ses dépenses reconnues (alors de CHF 5'054.- tant pour les PCF que pour les PCC), il n'avait pas droit à de telles prestations. En revanche, il avait droit au subside d'assurance-maladie à hauteur de la prime moyenne cantonale, soit de CHF 463.- à partir du 1^{er} juillet 2012.

Selon des décisions des 18 décembre 2012 et 19 juillet 2013, selon lesquelles il n'avait toujours pas droit à des PCF et PCC, son subside d'assurance-maladie a passé à CHF 470.- dès le 1^{er} janvier 2013, respectivement le 1^{er} avril 2013, puis – selon une décision du 13 décembre 2013 – à CHF 483.- à partir du 1^{er} janvier 2014.

3. L'assuré a quitté l'hôpital de Loëx le 11 février 2014 pour réintégrer son domicile, à Perly (GE). Le 26 février 2014, par une décision à l'adresse de l'assuré et une attestation de « fin de droit » à l'adresse du service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM), le SPC a mis fin dès le 28 février 2014 au versement du subside d'assurance-maladie, en expliquant que les prestations avaient été calculées jusque-là selon le barème des personnes en institution. Selon une décision également du 26 février 2014, l'assuré n'avait droit non plus ni aux PCF ni aux PCC, toujours pour le motif que son revenu déterminant dépassait ses dépenses reconnues (désormais de CHF 68'868.- pour les PCF et de CHF 62'523.- pour les PCC).

N'ayant apparemment pas reçu l'attestation précitée de « fin de droit », le SAM a continué à prendre en charge les primes d'assurance-maladie de l'assuré du 1^{er} mars au 30 septembre 2014, à hauteur d'un montant total de CHF 3'381.- (soit 7 x CHF 483.-).

4. Par courrier du 9 octobre 2014, le SPC a indiqué que, suite à son retour à domicile, il n'était plus au bénéfice des prestations complémentaires depuis le 1^{er} mars 2014, changement de situation qui avait été signalé au SAM, mais que ce dernier, n'ayant pas reçu l'attestation de « fin de droit », avait continué à prendre en charge ses primes d'assurance-maladie du 1^{er} mars au 30 septembre 2014, à hauteur d'un montant total de CHF 3'381.-. L'assuré devait lui restituer ce montant, correspondant à ses primes d'assurance-maladie versées à tort pour la période considérée.
5. Par un courrier du 20 octobre 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il n'était pas responsable de la situation. Depuis fin mars 2014, il avait téléphoné chaque mois au SPC pour attirer son attention sur le fait qu'il continuait à percevoir le subside d'assurance-maladie, et chaque fois on lui avait

répondu que le nécessaire serait fait. Il avait également téléphoné au SAM, qui avait renvoyé la faute au SPC. Il n'était pas normal qu'il devait rembourser « une somme pareille », alors qu'il n'était pas responsable des « dysfonctionnements » considérés.

6. Par décision du 26 novembre 2014, le SPC a rejeté l'opposition de l'assuré. Les conditions d'une révocation étaient remplies, si bien qu'il pouvait être revenu avec effet rétroactif sur les décisions d'octroi des prestations. L'obligation de restituer les prestations perçues en trop n'était pas subordonnée à une violation de l'obligation de renseigner. L'assuré pouvait en revanche demander une remise de l'obligation de restituer, une fois la décision de restitution entrée en force. Ses revenus dépassant largement ses dépenses reconnues, l'assuré n'avait plus droit, depuis le 1^{er} mars 2014, au subside d'assurance-maladie. La décision de restitution du 9 octobre 2014, qui rétroagissait au 1^{er} mars 2014, avait été prise dans le délai prévu par la loi (le droit de demander la restitution n'était pas périmé). Autre était la question de savoir si le remboursement de CHF 3'381.- perçus en trop lui serait effectivement réclamé. Son opposition du 20 octobre 2014 était également considérée comme une demande de remise de l'obligation de rembourser ledit montant. Il serait statué sur cette demande de remise par une décision séparée, dès l'entrée en force de la décision sur opposition. Cette dernière pouvait faire l'objet d'un recours à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
7. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision sur opposition.
8. Par décision du 8 avril 2015, le SPC a refusé de faire remise à l'assuré de son obligation de restituer le montant précité de CHF 3'381.-. La condition de la bonne foi était certes remplie, mais pas celle de la situation difficile. Ses dépenses reconnues, de CHF 45'966.- à fin 2014, étaient inférieures à son revenu déterminant, de CHF 88'077.65 à fin 2014. Opposition pouvait être formée contre cette décision, de même qu'une demande d'échelonnement du remboursement.
9. Par courrier du 27 avril 2015, l'assuré a formé opposition contre cette décision. C'était un comble que ce soit à lui de « payer pour des erreurs commises dans (les) service (du SPC) ». Il en faisait une question de principe. Il y avait de quoi se poser des questions que le SPC ait attendu sept mois avant d'agir alors qu'il avait « ameuté » ses services de fin mars à septembre 2014.
10. Par décision du 3 juillet 2015, le SPC a rejeté cette opposition. Les deux conditions d'une remise de l'obligation de restituer étaient cumulatives. Il était admis que celle de la bonne foi était remplie. Par contre, l'obligation de rembourser CHF 3'381.- ne mettait pas l'assuré dans une situation difficile, ses revenus lui permettant d'effectuer ce remboursement. Recours pouvait être formé contre cette décision sur opposition.
11. Par un acte du 24 juillet 2015, reçu le 30 juillet 2015, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Le SPC n'avait pas répondu à ses questions, notamment de savoir pourquoi il avait

attendu sept mois pour « faire le nécessaire » alors qu'il lui avait signalé le problème précisément pour éviter de se trouver dans cette situation. Sa situation financière n'était pas si brillante que cela, et il ne voyait pas pourquoi il devrait rembourser la somme réclamée alors qu'il n'était pas responsable mais que des erreurs avaient été commises par le SPC. Il avait été amputé des deux jambes à la fin de l'année 2011, était en fauteuil roulant et avait passé deux ans à l'hôpital ; il devait des dizaines de milliers de francs, qu'il remboursait « tant par mois jusqu'en 2021 ».

12. Le 19 août 2015, le SPC a conclu au rejet du recours. L'assuré ne soulevait aucun argument susceptible de remettre en question l'appréciation de son cas.
13. Dans des observations du 5 septembre 2015, l'assuré a persisté à contester le refus de la remise de l'obligation de restituer les CHF 3'381.- réclamés par le SPC. À son retour à domicile, le 11 février 2014, après deux ans passés à l'hôpital, il avait été informé par le SPC qu'il lui fallait reprendre le paiement de ses primes d'assurance-maladie dès mars 2014. Il en avait pris note, mais rien ne s'était passé, et il avait téléphoné au SPC, qui lui avait répondu que le nécessaire serait fait. La situation ne s'était décantée qu'à la fin septembre 2014, après de nombreux coups de fil de sa part. Cette « plaisanterie » avait duré sept mois, pour une opération ne prenant que quelques minutes, et, pour « couronner le tout », le SPC lui réclamait la somme de CHF 3'381.- alors qu'il n'était en rien responsable de cette situation. L'assuré laissait à la chambre des assurances sociales le soin de juger cette affaire.
14. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05). Elle est donc compétente pour connaître du présent recours, la décision attaquée étant une décision rendue sur opposition en application de l'art. 33 LaLAMal, prévoyant que les subsides d'assurance-maladie indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 36 al. 1 LaLAMal). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). L'assurée a qualité pour recourir (art. 60 al. 1 let. a et b et art. 89A LPA).

Le présent recours est donc recevable.

2. a. Les prestations indûment touchées doivent être restituées. Dans son domaine d'application, la LPGA ancre ce principe à son art. 25, dont l'al. 1 phr. 2 précise que la restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. La teneur de cette disposition est répétée

pour les PCF à l'art. 5C de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 (LPFC - J 4 20) et reprise pour les PCC à l'art. 24 al. 1 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25) et – par le biais d'un renvoi par analogie audit art. 25 LPGA – pour les subsides d'assurance-maladie par l'art. 33 al. 1 LaLAMal.

Les deux conditions matérielles que prévoient ces dispositions – la bonne foi et l'exposition à une situation difficile – sont cumulatives (ATF 126 V 48 consid. 3c p. 53 ; DTA 2001 p. 160, C 223/00 consid. 5 ; ATAS/14/2016 du 12 janvier 2016 consid. 5a ; ATAS/1328/2014 du 19 décembre 2014 consid. 3a). Elles sont mises en œuvre par le biais d'une procédure spécifique, régie par les art. 2 à 5 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), qui doivent aussi s'appliquer par analogie en vertu de l'art. 33 al. 1 LaLAMal.

Ladite procédure et la réalisation des deux conditions considérées obéissent aux mêmes règles, qu'il s'agisse des PCF ou des PCC ou encore des subsides d'assurance-maladie. Ainsi, l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision, qui doit indiquer la possibilité d'une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA), et la demande de remise doit être présentée par écrit, être motivée, être accompagnée des pièces nécessaires et être déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution, et elle doit faire l'objet d'une décision (art. 4 al. 4 et 5 OPGA ; ATAS/82/2016 du 2 février 2016 consid. 2).

b. Les deux questions du caractère indu des prestations considérées à hauteur de CHF 3'381.- et de l'obligation de principe de les restituer dans cette mesure ont été tranchées par la décision sur opposition du 26 novembre 2014, qui n'a pas fait l'objet d'un recours et est donc entrée en force. La chambre de céans ne saurait reprendre leur examen.

c. La condition de la bonne foi est une condition de nature juridique (et non morale). Elle est considérée comme étant réalisée lorsque le bénéficiaire de prestations sociales versées en réalité à tort n'a pas eu conscience de leur caractère indu lorsqu'il les a touchées, pour autant que ce défaut de conscience soit excusable d'après une appréciation objective des circonstances du cas d'espèce. 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 indu (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2011 du 13 février 2012 consid. 3). La condition de la bonne foi doit être réalisée dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.1 et les références citées).

À l'instar de la décision du 8 avril 2015, la décision sur opposition présentement attaquée, du 3 juillet 2015, admet que le recourant remplit la condition de la bonne

foi. La chambre de céans peut pratiquer la reformation in pejus, c'est-à-dire réformer une décision au détriment du recourant (art. 89E LPA). En l'espèce, elle ne reviendra pas sur la réalisation de cette condition, quoique le recourant – s'il n'est à l'évidence pas responsable de la poursuite du versement du subside d'assurance-maladie de mars à septembre 2014 – a eu conscience de son caractère indu.

d. Le litige ne porte que sur le point de savoir si le recourant serait mis dans une situation difficile s'il devait rembourser les CHF 3'381.- lui ayant été versés en trop.

3. a. Contrairement aux règles de droit privé sur l'enrichissement illégitime (art. 62 ss de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations - RS 220), l'art. 25 LPGA n'exige pas que le bénéficiaire de prestations perçues à tort ou en trop soit encore enrichi lors de la demande de restitution (cf., à propos d'une même condition en matière de prévoyance professionnelle, art. 35a de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 - LPP - RS 831.40, et Bettina KAHIL-WOLFF, LPP et LFPP, éd. par Jacques-André SCHNEIDER/Thomas GEISER/Thomas GÄCHTER, 2010, n. 8 ad art. 35a LPP). La condition de l'exposition à une situation difficile est conçue restrictivement (Ueli KIESER, ASTG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 51 ad art. 25).

b. Est déterminant, pour apprécier s'il y a situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire. En l'espèce, la décision du 26 novembre 2014 est devenue exécutoire à l'échéance du délai de recours de trente jours ayant couru contre elle, sans avoir été utilisé, donc à la fin de l'année 2014, ainsi que l'intimé l'a retenu dans la décision attaquée.

c. L'art. 5 OPGA définit la situation difficile comme suit :

¹ Il y a situation difficile, au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA, lorsque les dépenses reconnues par la loi du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires (LPC) et les dépenses supplémentaires au sens de l'al. 4 sont supérieures aux revenus déterminants selon la LPC.

² Sont pris en considération pour effectuer le calcul des dépenses reconnues prescrit à l'al. 1 :

- a. pour les personnes vivant à domicile : comme loyer, le montant maximal respectif au sens de l'art. 10 al. 1 let. b, LPC ;
- b. pour les personnes vivant dans un home ou dans un hôpital: un montant de 4800 francs par an pour les dépenses personnelles ;
- c. pour toutes les personnes, comme montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins: la prime la plus élevée pour la catégorie de personnes en cause, conformément à la version en vigueur de l'ordonnance du DFI relative aux primes moyennes cantonales et régionales de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires.

³ L'imputation de la fortune des personnes vivant dans un home ou dans un hôpital s'élève à un quinzième ; pour les bénéficiaires de rente de vieillesse vivant dans un home ou dans un hôpital, elle équivaut à un dixième. Pour un invalide partiel, seul le revenu effectivement réalisé est pris en considération. Une éventuelle limite cantonale pour les frais de home n'est pas prise en considération.

-
- ⁴ Sont prises en considération les dépenses supplémentaires suivantes :
- a. 8000 francs pour les personnes seules ;
 - b. 12 000 francs pour les couples ;
 - c. 4000 francs pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI.

Le recourant ne conteste aucunement et rien dans le dossier ne vient remettre en question qu'au sens de la LPC (RS 831.30), à fin décembre 2014, ses dépenses reconnues étaient de CHF 45'966,00 – somme constituée de CHF 19'201,- au titre des besoins vitaux (art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC), de CHF 12'600.- au titre du loyer (art. 10 al. 1 let. b ch. 1 LPC CHF 2'100.- x 12 mois / 2 personnes), d'un supplément de CHF 8'000.- (art. 5 al. 4 let. a OPGA) et d'une prime forfaitaire d'assurance-maladie de CHF 6'156.- (art. 5 al. 2 let. c OPGA) –, tandis que son revenu déterminant était de CHF 88'077.65 (montant constitué de CHF 27'408.- de rente AVS (art. 11 al. 1 let. d LPC), de CHF 60'602.90 de rente LPP (art. 11 al. 1 let. d LPC) et de CHF 66.75 d'intérêts de l'épargne (art. 11 al. 1 let. b LPC). Non seulement les dépenses reconnues et les dépenses supplémentaires du recourant ne sont pas supérieures à ses revenus déterminants, mais encore ceux-ci sont nettement supérieurs auxdites dépenses, en tant qu'ils laissent un surplus de CHF 42'111.65.

d. La condition de l'exposition à une situation difficile n'est pas remplie. Quelque regrettable qu'ait été la continuation, durant sept mois, du versement d'un subside d'assurance-maladie non dû, de surcroît alors que son bénéficiaire intervenait chaque mois pour le signaler, l'intimé ne pouvait faire autrement que de rejeter la demande de remise de l'obligation de restituer considérée. Le recours doit être rejeté.

e. Peut-être que l'intimé, conscient du caractère indu dudit subside durant ces sept mois, a eu la sagesse et la diligence de ne pas dépenser lesdits subsides, et qu'il peut donc les rembourser en un seul versement. Il est néanmoins rappelé que l'intimé, ainsi qu'il l'a fait dans ses diverses décisions, n'exclut pas d'accorder des facilités de paiement, notamment par un échelonnement de la dette, sur demande du débiteur.

4. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 phr. 1 LPA).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 – LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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