

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3126/2013

ATAS/565/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2014

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1950, est au bénéfice d'une rente de l'assurance invalidité (ci-après : AI) depuis une date que le dossier ne précise pas.
2. Il perçoit en sus des prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC) depuis une date non précisée. A compter du premier janvier 2011, le montant des PCC mensuelles s'élevait à CHF 166.- par mois.
3. Par courrier du 6 avril 2011, M. A_____ a informé le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) que son épouse, Madame B_____, avait pris une préretraite le premier janvier 2011. Elle percevait depuis cette date une rente mensuelle de CHF 4'545, 35.

L'assuré sollicitait un nouveau calcul des prestations pour 2011, tenant compte des cotisations à l'assurance vieillesse dont chaque conjoint devrait s'acquitter.

Copie de la déclaration d'impôts 2010 et d'une attestation de la caisse de pension de l'épouse étaient jointes au courrier.

4. Par décision du 27 septembre 2011 le SPC a réclamé la restitution de CHF 2'826.- à M. A_____.

Etablissant le calcul de façon rétroactive, le SPC a établi que l'assuré n'avait droit à aucune prestation pour la période du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2011. Dès lors qu'il avait perçu CHF 111.- mensuellement en 2010 et CHF 166.- en 2011, CHF 2'826.- devaient être remboursés.

Selon le plan de calcul pour l'année 2010 les dépenses reconnues, composées du forfait et du loyer, s'élevaient respectivement à CHF 39'180.- pour les prestations fédérales et CHF 52'195.- pour les cantonales.

Le revenu déterminant se montait à CHF 58'080.-. Il se composait des CHF 3'780.- de rentes AVS/AI et de CHF 54'195,60 au titre de gain de l'activité lucrative. Sur les revenus effectifs annoncés de CHF 82'793.-, une déduction forfaitaire de CHF 1'500.- était effectuée, avant que seuls les deux tiers du solde ne soient retenus dans le calcul des PC. Tant sur le plan fédéral que cantonal, le revenu déterminant couvrait les dépenses reconnues.

Les principes du plan de calcul de 2011 étaient identiques. Les chiffres différaient de quelques centaines de francs, soit CHF 39'675.- de dépenses reconnues sur le plan fédéral, CHF 52'914.- sur le plan cantonal et CHF 54'435.- de revenu déterminant.

A compter du 1^{er} octobre 2011, l'assuré n'avait droit qu'au subside de l'assurance maladie.

5. Par courrier daté du 26 septembre 2011, reçu le 27 octobre 2011 par le SPC, M. A_____ a contesté la décision et a demandé son annulation. Il était à l'AI et

percevait CHF 320.- par mois et n'avait pas d'autres revenus. Son épouse n'avait plus d'activité lucrative depuis le 1^{er} janvier 2011. Elle ne percevait que la rente de CHF 4'545,35. La cotisation trimestrielle à l'AVS se montait à CHF 122,10 par conjoint.

6. Le 27 octobre 2011, M. A_____ a fait part au SPC de son désarroi. Agé de 61 ans et 7 mois, il était malade, à l'AI à 100%. Il ne comprenait pas que le SPC le prive de toute aide, précisément au moment où sa femme voyait ses revenus diminuer. La décision devait être annulée.
7. Le 18 novembre 2011, le SPC a adressé un premier rappel à M. A_____ pour la somme de CHF 2'826.-.
8. Par décision du 19 décembre 2011, le SPC a fixé le droit de M. A_____ pour 2012. Les revenus déterminants de CHF 58'435.- couvraient les dépenses reconnues de CHF 39'675.-. Le droit de l'assuré se limitait au subside d'assurance maladie.

Par décision sur opposition du 13 juin 2012, le SPC a partiellement admis l'opposition de M. A_____. Les cotisations AVS devaient être ajoutées aux dépenses reconnues. Le montant de CHF 976,60 annuel portait le total des dépenses à CHF 40'652.- pour les prestations cantonales et CHF 53'891.- pour les fédérales.
9. Par lettre datée du 13 juin 2012, postée le 13 juillet 2012, M. A_____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 juin 2012 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans).
10. L'acte de recours ne contenant ni conclusions ni exposé succinct des faits ou des motifs invoqués, la chambre des assurances sociales a déclaré le recours irrecevable par arrêt du 10 septembre 2012, (ATAS/1102/2012).
11. Par décision du 18 décembre 2012, le SPC a fixé le droit de l'assuré pour 2013. Il se limitait au subside d'assurance maladie.
12. Par décision du 28 juin 2013, le SPC a refusé la demande de remise formulée par M. A_____. Le certificat de salaire 2010 de Mme B_____, établi le 14 décembre 2010, n'avait été envoyé au SPC que le 11 avril 2011, soit près de quatre mois plus tard. Cette annonce devait être considérée comme tardive. Il en allait de même de l'attestation de la Caisse de pension CEH du 20 janvier 2011, reçue également le 11 avril 2011. Ces faits ne permettaient pas de retenir la bonne foi au sens juridique du terme. La condition de la bonne foi n'étant pas remplie, la condition de la charge trop lourde n'avait pas besoin d'être examinée.
13. Le 22 juillet 2013, un second rappel a été adressé à l'assuré.
14. Par courrier daté du 28 juin 2013, posté le 29 juillet 2013, l'assuré a fait opposition à la décision du 28 juin 2013.
15. Par décision du 23 août 2013, le SPC a rejeté l'opposition. Il maintenait en tous points l'argumentation développée dans sa décision.

16. Par courrier daté et posté le 26 septembre 2013, M. A_____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du SPC refusant la demande de remise.
17. Il invoquait un abus du pouvoir d'appréciation du SPC. Il y avait lieu d'informer d'un changement de situation que si celle-ci s'améliorait et non si elle se péjorait. Les rentrées financières de son épouse avaient diminués dès janvier 2011. Il n'était pas possible de conclure à la mauvaise foi de l'assuré compte tenu de ces éléments.
18. Un certificat médical était joint au recours. Etabli par le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il indiquait que M. A_____ était suivi depuis de nombreuses années. Son état de santé ne lui permettait pas une gestion adéquate de ses affaires.
19. Par réponse du 28 octobre 2013, le SPC a conclu au rejet du recours. L'allégation du recourant selon laquelle il n'était tenu d'annoncer que les améliorations de situations et non les péjorations étaient infondées. L'assuré avait régulièrement reçu, à la fin de chaque année, une communication importante rappelant à celui-ci ses obligations d'annonce. En tardant plus de quatre mois, il ne pouvait plus être considéré comme de bonne foi.
20. Par réplique du 18 novembre 2013, l'assuré a relevé que le terme « tardivement » n'était précisé dans aucune loi. Il devait être interprété au vu de toutes les circonstances du cas d'espèce. Le retard de quatre mois était dû à ses problèmes de mémoire. C'était involontairement qu'il avait manqué à ses obligations. Sa situation financière était, depuis le 1^{er} janvier 2011, compte tenu de la diminution des revenus de son épouse, encore moins bonne qu'avant. Il irait contre la *ratio legis* de la loi de devoir rembourser les prestations qu'il avait utilisées alors que sa situation financière était encore plus mauvaise que celle estimée au moment de l'octroi de ces prestations.
21. Par duplique du 11 décembre 2013, le SPC a relevé que le certificat médical était vague et imprécis et ne confirmait ni les allégations, ni les relations de causalité invoquées par le recourant. Il ne décrivait pas précisément une pathologie et se contentait de mentionner « l'état de santé » sans préciser une date de diagnostic. Il n'était pas fait mention de « problèmes de mémoire » ni de la conséquence directe de « manquer involontairement à certaines obligations ». Le praticien ne s'était pas non plus prononcé sur la présente affaire. Le recourant avait tenté de faire dire au certificat médical du Dr C_____ des choses qui n'y étaient pas inscrites. Les problèmes de mémoire et les conséquences invoquées n'étaient pas établis et ne pouvaient emporter la conviction de la Cour. Si par impossible la chambre de céans devait suivre l'argumentation du recourant, il fallait relever que celui-ci n'avait strictement rien entrepris pour pallier aux problèmes de gestion auxquels il disait ne pas pouvoir faire face. L'aide d'un tiers aurait dû être sollicitée. La finalité de la loi voulait que les prestations indûment touchées soient remboursées. Le SPC avait agi conformément à la loi ce d'autant plus que la décision de restitution était définitive et exécutoire et que seule la problématique de la remise était encore en suspens.

22. L'audience du 27 janvier 2013 a dû être annulée, M. A_____ ayant produit deux certificats médicaux, respectivement du Dr D_____, spécialiste FMH cardiologie, attestant d'exams prévus le jour concerné et de la Dresse E_____, spécialiste FMH rhumatologie, indiquant que son patient ne pouvait pas se présenter le 27 janvier 2014 pour raisons médicales.
23. M. A_____ ne s'est pas présenté à l'audience du 10 février 2014, sans s'excuser.
24. A l'audience du 10 mars 2014, M. A_____ était d'assisté d'un représentant de l'association pour la promotion des droits humains (ci-après : l'association). Le recourant a indiqué qu'il n'avait pas envoyé les documents parce qu'il avait pensé qu'au vu de la diminution des revenus du couple, les prestations complémentaires devraient augmenter. Il n'y avait donc pas d'urgence. Il était soigné par un psychiatre auprès duquel la chambre de céans pouvait se renseigner si elle souhaitait connaître le diagnostic plus précisément. Au sein du couple, chacun s'occupait de ses propres affaires. Les époux ne mélangeaient pas leurs comptes. C'était toujours lui qui avait été en contact avec le SPC. Toutes les lettres dactylographiées avaient été faites avec l'aide de l'association. Il contestait avoir été de mauvaise foi. Cette procédure l'affectait beaucoup et péjorait sa santé notamment son cœur et sa santé psychique.
- Le SPC a persisté dans ses conclusions.
- Entendue à titre de renseignement l'épouse du recourant a précisé qu'elle laissait son mari gérer ses affaires. Elle savait qu'il avait des difficultés. Il oubliait beaucoup de choses y compris des rendez-vous médicaux. A titre d'exemple, il lui arrivait même de poser des documents et de ne plus savoir où ils étaient, de commencer des phrases et de ne plus se rappeler la fin. Aide-hospitalière de profession, elle avait pris l'option, à l'égard de son époux, de lui laisser la responsabilité de la gestion de ses affaires. Il s'agissait qu'il puisse conserver sa dignité, de ne pas l'offenser, de le forcer à ne pas « baisser les bras » et à le contraindre à rester actif. Elle savait, et acceptait, que fréquemment il avait des oublis mais elle vivait avec. C'était par respect de son époux et de sa maladie qu'elle agissait de la sorte. Elle était très blessée par le terme « mauvaise foi » qui leur était reproché par le SPC et elle savait que son mari l'était aussi. Il se réveillait d'ailleurs la nuit tellement cela le préoccupait. A la fin de son activité professionnelle pour les hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), elle avait reçu, comme tous les employés, une indemnité de départ la récompensant de trente années à leur service. Elle n'avait pas eu de promotion entre 2009 et 2010, ni d'augmentation de salaire. Il était possible que la « prestation non périodique » de CHF 8'237.- qui apparaissait sur son certificat de salaire 2010 corresponde à l'indemnité de départ. Elle pouvait transmettre à la chambre de céans copie du verso du certificat de salaire, manquant au dossier.
25. Par courrier du 10 mars 2014, la chambre de céans a interpellé le Dr C_____ pour connaître le diagnostic concernant le recourant.

26. Par certificat du 20 mars 2014, le psychiatre a confirmé que le diagnostic relatif au recourant consistait en un trouble affectif bipolaire mixte avec intrication de phases dépressives et maniaques (CIM 10). Ce diagnostic avait déjà été précisé par l'expertise AI du 17 novembre 2006.
27. L'épouse du recourant a transmis copie du certificat de salaire dans son intégralité. Il ressort du verso que, en 2010, celle-ci a perçu CHF 8'237.- en sus de son salaire au titre de « prime 25/30 ans de service ; allocation retraite ».
28. Dans le délai qui leur a été imparti pour se prononcer sur les dernières pièces produites, le SPC a persisté dans ses conclusions estimant que les problèmes de santé du recourant et leurs effets étaient connus. Il appartenait au bénéficiaire d'assumer cet état de fait et de mettre en place toute mesure utile afin de respecter ses obligations notamment vis-à-vis du SPC.

Le recourant ne s'est pas manifesté.
29. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La question litigieuse porte uniquement sur la remise de l'obligation de restituer des prestations complémentaires cantonales et fédérales, la décision de restitution du 13 juin 2012 étant définitive (ATAS/15/2012).
3. À teneur de l'art. 1^{er} de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'applique aux prestations versées en vertu des dispositions figurant à son chapitre 2, à moins qu'elle ne déroge expressément à la LPGA (al. 1^{er}). Les art. 32 et 33 LPGA s'appliquent aux prestations des institutions d'utilité publique visées au chapitre 3 (al. 2).
4. Aux termes de l'art. 2 LPC, la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux (al. 1^{er}). Les cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la

présente loi et fixer les conditions d'octroi de ces prestations (al. 2). La loi sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25) définit les prestations cantonales.

5. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LPGA, la restitution de prestations indûment touchées ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Ces deux conditions sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c p. 53; DTA 2001 p. 160, C 223/00, consid. 5). Les art. 4 et 5 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11) définissent la situation difficile.
6. L'art. 24 al. 1, 2e phrase LPCC énonce les mêmes principes que l'art. 25 LPGA.
7. Selon la jurisprudence, il ne suffit pas que la personne assurée ait ignoré qu'elle n'avait pas droit aux prestations versées pour admettre qu'elle était de bonne foi. Il faut bien plutôt que le bénéficiaire des prestations 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 - comme par exemple une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner - sont l'expression d'un comportement dolosif ou d'une négligence grave (cf. ATF 130 V 414 consid. 4.3 p. 419). En revanche, la personne assurée peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne représentent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 112 V 97 consid. 2c p. 103; 110 V 176 consid. 3c p. 180). Il convient de considérer qu'il y a négligence grave lorsque le bénéficiaire de prestations 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 p. 181)(Arrêt du Tribunal Fédéral du 16 août 2011 dans la cause 9C_41/2011).
8. Les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC ; état au 1^{er} janvier 2013) relèvent que si une prestation complémentaire est versée à tort et que l'assuré ne pouvait s'en rendre compte en faisant preuve de l'attention minimale exigible au vu des circonstances et du cas d'espèce, force est d'admettre la bonne foi.

A l'inverse, nul ne peut invoquer sa bonne foi si elle est incompatible avec l'attention que les circonstances permettraient d'exiger de lui. Ainsi, la condition de la bonne foi n'est pas réalisée lorsque le versement à tort d'une prestation complémentaire est dû à une grave négligence ou au dol de la personne tenue à restitution. Tel est le cas si, lors de la demande ou de l'examen des conditions économiques, certains faits n'ont pas été annoncés ou que des indications fausses ont été fournies intentionnellement ou par négligence grave; il en est de même lorsqu'un changement dans la situation personnelle ou matérielle n'a, intentionnellement ou par grave négligence, pas été annoncé ou l'a été avec retard,

ou lorsque des prestations complémentaires indues ont été acceptées en connaissance de leur caractère indu (DPC 4652.01 ss).

Commet une négligence grave celui qui, lors de la demande de prestation, de l'examen des conditions du droit, ou du paiement de la prestation complémentaire indûment versée, ne fait pas preuve du minimum d'attention que l'on est en droit d'exiger de lui en fonction de ses compétences et de son degré de formation. Fait preuve de négligence grave la personne qui omet d'annoncer une modification de son revenu, qu'il soit obtenu sous forme de rente ou en vertu de l'exercice d'une activité lucrative, ou qui ne contrôlant pas – ou seulement à la légère – la feuille de calcul des prestations complémentaires, n'annonce pas une erreur de calcul qu'elle aurait facilement pu reconnaître (DPC 4652.03).

9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).
10. 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 126 V 322 consid. 5a).
11. En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant est atteint d'un trouble affectif bipolaire mixte avec intrication de phases dépressives et maniaques (CIM 10). Il a confirmé lors de son audition qu'il oubliait fréquemment des documents, des tâches à exécuter, voire même la fin de ses phrases. Conscient de ses difficultés, il se fait aider par une association. Parmi les différentes lettres versées au dossier, les dernières sont dactylographiées, témoignant du moment où il s'est fait épauler dans ses démarches juridiques.
12. L'épouse du recourant a confirmé l'état de santé de son mari lequel est fréquemment confronté à des oublis, qu'il s'agisse de rendez-vous, du lieu où il pose des documents, de la fin des phrases. Elle considère que l'état de santé de celui-ci se péjore. Mme B_____ a fait le choix de responsabiliser son mari et de

lui laisser gérer ses affaires courantes. Comme elle l'a indiqué à la chambre de céans, il s'agit, pour elle, d'une question de respect de la dignité de son conjoint. Elle assume le fait que parfois, M. A_____ s'égare, perde des documents ou ne fasse pas les démarches qu'il devrait entreprendre dans les délais. Elle souhaite rester soutenante sans être infantilissante avec son mari et considère que son rôle d'épouse, soucieuse que son mari conserve le plus longtemps possible son autonomie, implique qu'elle ne prenne pas le relais en le déchargeant de la gestion de son quotidien. C'est tant par affection, par conception du rôle d'épouse que mue par trente ans d'activité professionnelle d'aide hospitalière que Madame B_____ a fait ce choix. Elle le pousse à rester impliqué dans la problématique médicale et administrative et le contraint à aller chercher de l'aide auprès de tiers, à l'instar des contacts que M. A_____ a dû nouer avec l'association alors même que Mme B_____ travaillait encore à 100%.

13. Les documents litigieux ont dûment été transmis au SPC. Aucun élément n'a été délibérément caché. Seul un retard de quatre mois est reproché à l'assuré qui avait toujours tenté de collaborer avec le SPC dans la mesure compatible avec son état de santé.
14. Compte tenu de l'état de santé de M. A_____, confirmé par son médecin psychiatre, la chambre de céans considère que celui-là était de bonne foi en n'envoyant pas immédiatement les deux documents litigieux, soit le certificat de salaire 2010 de son épouse et la feuille indiquant quelle serait la rente de celle-ci dès le 1^{er} janvier 2011. L'argument selon lequel il pensait que le montant qu'il percevrait des SPC serait augmenté dès l'envoi des papiers est crédible avec le degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence. En effet, il est vraisemblable que celui-ci ait imaginé qu'au vu de la diminution des revenus de son épouse suite à sa préretraite, le montant des PCC doit être augmenté. Il est vraisemblable aussi qu'il n'ait pas imaginé les conséquences du montant perçu par son épouse au titre de « prime 25/30 ans de service ; allocation retraite » sur ses propres PCC de CHF 111.- par mois. L'appréciation de la bonne foi du recourant aurait été différente si son épouse avait bénéficié, depuis le début de l'année 2010, d'une augmentation de salaire qu'il n'ait pas annoncé. En l'espèce, il s'agissait d'un versement, ponctuel, en fin d'année, d'une prime extraordinaire, après 30 ans de service, d'un montant qualifié d' « allocation retraite », dont on ignore quand le recourant en a connu l'existence.

De surcroît, la rente qu'il percevait des SPC portait sur des montants relativement limités (CHF 111.- en 2010 et CHF 161.- en 2011). Les conséquences du calcul rétroactif auquel a dû se livrer le SPC pour l'année 2010 n'étaient que peu prévisibles compte tenu de la diminution assez importante des revenus mensuels de son épouse. Il est établi avec le degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence que le recourant n'a pas envisagé les conséquences que cette indemnité pouvait avoir rétrospectivement sur toute l'année 2010 et encore moins sur l'année 2011 où les revenus du couple diminuaient drastiquement.

15. M. A_____ remplit les conditions de la bonne foi, compte tenu de la situation, de sa maladie, du choix fait par son épouse de le responsabiliser et de privilégier à long terme la santé de son mari en évitant une dégradation de celui-ci, ce choix étant prioritairement dicté par la longue expérience professionnelle de l'épouse.

Compte tenu des éléments qui précèdent, il ne peut pas être reproché à l'assuré de négligence, même légère, pour n'avoir pas envoyé les documents plus rapidement.

Dans ces conditions, il ne peut être retenu à l'encontre de l'assuré qu'il ne serait pas de bonne foi. La première condition nécessaire et cumulative à l'obtention de la remise est remplie.

16. Le recours est admis et la décision sur opposition du 23 août 2013 ainsi que la décision du 28 juin 2013 qu'elle confirme doivent être annulées. La cause sera renvoyée à l'intimé pour examen de la condition économique.

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 23 août 2013 et la décision du 28 juin 2013.
3. Renvoie la cause au SPC dans le sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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