



### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1964, de langue maternelle mongole, mère d'une fille, née le \_\_\_\_\_ 1991, et d'un garçon, né le \_\_\_\_\_ 1997, est arrivée en Suisse en 2002. Elle s'est mariée avec Monsieur A\_\_\_\_\_ en 2004. Leur mariage a été dissous par jugement de divorce du Tribunal de première instance du 19 avril 2018.
2. Souffrant d'une hépatite virale apparue en 2010, entraînant une incapacité de travail complète depuis novembre 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 24 octobre 2011.
3. Par projet de décision du 27 janvier 2012, l'OAI lui a octroyé une rente d'invalidité entière avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
4. Par décision du 18 juillet 2012, l'OAI a fixé à CHF 981.- le montant de la rente mensuelle due à l'assurée, respectivement à CHF 392.- le montant de chaque rente pour enfant, de sorte que les prestations mensuelles ordinaires de l'assurance-invalidité s'élevaient à CHF 1'765.- en tout et pour tout. Leur paiement incombait à la caisse de compensation Gastrosocial (ci-après : Gastrosocial).
5. Le 17 novembre 2016, l'assurée a reçu une décision de la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) du 14 novembre 2016, l'informant de son affiliation à l'AVS à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011 en qualité de personne sans activité lucrative, ainsi que six décisions de cotisations personnelles de la CCGC pour les années 2011 à 2016 qui l'invitaient à régler, d'ici au 30 janvier 2017, les cotisations de l'année 2016 et les arriérés de cotisations (intérêts moratoires et frais d'administration compris) afférant aux cinq années précédentes, soit la somme de CHF 25'418.85 (CHF 4'477.05 pour 2011, CHF 7'709.40 pour 2012, CHF 3'390.50 pour 2013, CHF 3'340.- pour 2014, CHF 3'273.15 pour 2015 et CHF 3'228.75 pour 2016).
6. Le 15 décembre 2016, l'assurée, représentée par une société fiduciaire, a formé opposition à ces décisions en faisant valoir que pour les personnes mariées, la moitié de la fortune du couple et la moitié du revenu acquis sous forme de rente étaient déterminants pour le calcul des cotisations personnelles.
7. Par décision du 29 septembre 2017, notifiée à la société fiduciaire, la CCGC a rejeté l'opposition en rappelant que les décisions du 14 novembre 2016 avaient fixé les cotisations personnelles de l'assurée en tant que personne sans activité lucrative de manière définitive pour les années 2011 à 2014 et provisoire pour les années 2015 et 2016. Pour les années 2011 à 2014, la CCGC s'était fondée sur les avis de taxation correspondants de l'administration fiscale cantonale (ci-après : l'AFC). Comme ceux-ci n'avaient pas fait l'objet d'une réclamation de la part de l'assurée et/ou de son mari et qu'ils étaient donc entrés en force, la CCGC était fondée à calculer les cotisations personnelles sur la base de la fortune et du revenu du couple retenus par l'AFC, étant précisé que pour une personne mariée sans activité

lucrative, le montant de ses cotisations se calculait sur la base de « la moitié de la fortune et du revenu sous forme de rente du couple ». Pour les années 2015 et 2016, les décisions provisoires de cotisations personnelles avaient été rendues sur la base de calcul de l'année 2014, les taxations fiscales n'étant pas encore définitives. Non contestée, cette décision était devenue définitive.

8. Par pli du 11 décembre 2017, notifié à la société fiduciaire, la CCGC a fait savoir à l'assurée qu'elle était redevable de la somme de CHF 28'647.65 au 31 décembre 2017 et que ce montant pouvait être compensé avec sa rente d'invalidité. La CCGC a également précisé qu'avant de procéder de la sorte, elle invitait l'assurée à régler ce montant d'ici au 10 janvier 2018 ou, si elle n'était pas en mesure de le faire, à « remplir le questionnaire ci-joint », de manière à permettre à la CCGC de déterminer le montant mensuel à retenir sur la rente d'invalidité. Enfin, il était précisé que sans réponse de la part de l'assurée dans le délai fixé, sa rente serait retenue d'office jusqu'à extinction de sa dette.
9. Par décision du 30 janvier 2018, adressée directement à l'assurée, la CCGC a fait savoir à celle-ci qu'elle compenserait sa créance totale de cotisations personnelles, qui s'élevait à CHF 27'840.40, par une retenue mensuelle de CHF 994.- sur la rente d'invalidité que lui versait Gastrosocial et ce, jusqu'à extinction de la créance. De plus, étant donné que le paiement de CHF 27'840.40 ne lui était pas parvenu dans le délai imparti, la CCGC a précisé qu'elle lui réclamerait des intérêts moratoires aux taux de 5 % l'an au moment où la dette serait complètement remboursée et qu'elle retirait l'effet suspensif attaché à une éventuelle opposition. Cette décision n'a pas fait l'objet d'une opposition.
10. Par décision sujette à recours du 19 juillet 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il donnerait suite à la demande de compensation que la CCGC lui avait adressée le 30 janvier 2018. Il ressortait de cette dernière que l'assurée devait la somme de CHF 27'840.40 à titre de cotisations personnelles à la CCGC. Par conséquent, l'OAI procéderait, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018, à une retenue de CHF 994.- sur le versement de la rente d'invalidité jusqu'à concurrence du montant dû par l'assurée.
11. Le 13 septembre 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la levée de la compensation opérée sur la rente d'invalidité et à ce que la créance de cotisations de la CCGC fût déclarée irrécouvrable. Dans le cas d'espèce, la rente d'invalidité constituait son unique source de revenus, de sorte que ses ressources étaient inférieures au minimum vital prévu par les normes d'insaisissabilité. S'agissant du loyer de l'appartement, d'un montant de CHF 2'127.- (*recte* : CHF 2'107.-), qui incluait une provision pour charges de CHF 250.-, il était payé, pour le moment, par l'ex-mari. Pour faire face à ses autres dépenses, elle n'avait que sa rente d'invalidité de CHF 994.- par mois, ainsi qu'une rente mensuelle pour enfant de CHF 398.-. C'était notamment à cause de cette situation extrêmement précaire qu'elle faisait l'objet d'actes de défaut de biens. La compensation de la créance de cotisations de la CCGC avec la rente d'invalidité

revenait à porter atteinte à son minimum vital. Par conséquent, cette créance devait être déclarée irrécouvrable car ses revenus étaient inférieurs au minimum vital du droit des poursuites et faillites. Pour illustrer sa situation patrimoniale, l'assurée a produit notamment le « relevé de compte locataire » de son appartement ainsi que deux actes de défaut de bien datés du 5 septembre 2018, d'un montant de CHF 1'147.30, respectivement CHF 2'459.85, consécutifs à des poursuites engagées par sa caisse maladie à son encontre.

12. Par réponse du 13 novembre 2018, l'OAI s'est rapporté intégralement à la détermination de Gastrosocial produite en annexe, laquelle concluait à ce que le recours fût déclaré « irrecevable » pour les motifs suivants : étant donné que l'assurée s'était soustraite à son devoir de collaboration en ne présentant pas en temps utile les documents permettant d'établir son minimum vital, elle devait accepter qu'il fût statué en l'état du dossier. Dans ces circonstances, le recours interjeté devait être considéré comme une « demande de révision » et transmise à l'intimé pour examen et nouvelle décision. L'adaptation des prestations voire la renonciation à toute compensation – pour ne pas porter atteinte au minimum vital – ne pouvait déployer ses effets qu'une fois cette décision prise et non rétroactivement. Si contre toute attente, la chambre de céans « entrainé en matière », l'assurée devait néanmoins supporter les frais de la procédure et ses dépens. En effet, par son comportement passif et son refus constant de se conformer à son obligation de collaborer, l'assurée avait provoqué la procédure devant la chambre de céans par sa propre faute.
13. Par réplique du 19 décembre 2018, l'assurée a expliqué que le défaut de collaboration qui lui était reproché s'expliquait par son absence de maîtrise de la langue française et un traitement médical extrêmement lourd qui ne lui permettait pas de mener une vie autonome. De plus, la compensation litigieuse revenait à la priver du seul moyen de subsistance que lui assurait sa rente, portant ainsi atteinte à son minimum vital. Enfin, la législation permettait, sur demande motivée, de réduire équitablement pour une période déterminée ou indéterminée, les cotisations dues, ce jusqu'à concurrence de la cotisation minimale, voire d'accorder une remise du paiement de la cotisation minimale en cas de situation intolérable.
14. Par duplique du 16 janvier 2019, l'OAI a fait sienne la détermination du 15 janvier 2019 de Gastrosocial. Selon cette dernière, l'assurée ne s'était pas conformée à son devoir de collaboration. De plus, il n'était toujours pas prouvé à ce jour, y compris en se fondant sur les pièces annexées au recours, que la compensation litigieuse violait effectivement le minimum vital. S'agissant de la demande de réduction ou de remise des cotisations, elle était exorbitante du litige et devait être préalablement soumise à la CCGC. Enfin, il y avait lieu de relever, dans cette dernière hypothèse, qu'une éventuelle approbation de la demande de réduction ou de remise des cotisations par la CCGC entraînerait également une réduction des revenus correspondants. La rente d'invalidité devrait alors être recalculée avec une possible réduction à la clef.

15. Par courrier du 4 février 2019, la chambre de céans a invité l'OAI à lui communiquer notamment la liste des documents nécessaires à la détermination du minimum vital de l'assurée en y joignant, au besoin, le questionnaire (« formulaire de l'examen du minimum vital ») mentionné dans le courrier adressé le 11 décembre 2017 par la CCGC au précédent mandataire de l'assurée.
16. Par pli du 4 mars 2019, l'OAI a transmis à la chambre de céans un envoi de Gastrosocial du 27 février 2019 comportant :
- le questionnaire « formulaire de l'examen du minimum vital » ;
  - une communication du 30 janvier 2018 par laquelle la CCGC faisait savoir à Gastrosocial que l'assurée ne s'était pas acquittée intégralement de ses cotisations, la dette s'élevant à CHF 27'840.40 au 31 décembre 2017. Par conséquent, Gastrosocial était invitée à régler cette somme en procédant à des retenues mensuelles de CHF 994.- en faveur de la CCGC ;
  - un courrier du 20 février 2018 par lequel Gastrosocial rappelait à la CCGC que la compensation d'une rente ou d'une allocation pour impotent était admissible dans la mesure où l'administration n'entamait pas le minimum vital de la personne tenue à restitution. Aussi la CCGC était-elle invitée à faire parvenir à Gastrosocial le calcul du minimum vital de l'assurée ;
  - un courrier du 12 avril 2018 de la CCGC informant Gastrosocial qu'elle avait adressé le 11 décembre 2017 à l'assurée (soit pour elle la société fiduciaire) un formulaire d'examen du minimum vital mais que cette dernière ne le lui avait jamais retourné, raison pour laquelle la CCGC avait demandé à Gastrosocial d'effectuer une retenue sur la rente d'invalidité de l'assurée pour régler ses arriérés de cotisations AVS/AI/APG qui s'élevaient à CHF 27'840.40 ;
  - un courrier du 17 juin 2016 de la CCGC invitant l'assurée à compléter le formulaire d'examen du minimum vital, suivi de deux rappels, portant sur le même objet, datés du 27 juillet 2016, respectivement 26 août 2016, eux-mêmes suivis d'une sommation adressée le 26 septembre 2016 à l'assurée.

Pour le surplus, la CCGC avait nanti l'OAI des renseignements suivants :

- l'assurée était affiliée auprès de la CCGC en qualité de personne sans activité lucrative avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Cette affiliation avait été effectuée d'office en novembre 2016 à la suite de diverses sollicitations de la part de la CCGC en vue d'obtenir les renseignements nécessaires auprès de l'assurée ;
- le 11 décembre 2017, la CCGC avait fait parvenir un état de situation des cotisations impayées à l'assurée (soit pour elle la société fiduciaire) ;
- Sans réponse de l'assurée et, sans paiements reçus de sa part dans le délai imparti, la CCGC avait notifié à cette dernière une décision de retenue sur rente le 30 janvier 2018, sans que cette dernière ne soit suivie d'une opposition. À la

même date, la CCGC avait adressé une demande de retenue sur rente à Gastrosocial ;

- En réponse à un courrier du 20 février 2018 de Gastrosocial, la CCGC avait confirmé à cette dernière que l'assurée ne lui avait pas retourné le formulaire d'examen du minimum vital et qu'en conséquence, il ne lui était pas possible de transmettre le document en question.
17. Après y avoir été invitée par la chambre de céans le 14 mars 2019, l'assurée lui a retourné, le 28 mars 2019, deux questionnaires d'examen du minimum vital, le premier reflétant sa situation patrimoniale en juillet 2018, le second en 2019.
  18. Le 10 mai 2019, l'assurée a versé d'autres éléments à la procédure. Il en ressortait que son compte bancaire affichait un solde négatif de CHF -27.91 au 31 décembre 2018, qu'à teneur du jugement de divorce rendu le 19 avril 2018 dans la cause opposant l'assurée à M. A\_\_\_\_\_, et de la convention ratifiée par le juge du divorce, les parties laissaient à l'assurée la jouissance exclusive de l'appartement conjugal, renonçaient à toute contribution d'entretien ainsi qu'au rééquilibrage de leurs prestations de sortie de la prévoyance professionnelle, et n'avaient plus aucune prétention à faire valoir l'une envers l'autre au titre du régime de la séparation de biens qu'elles déclaraient avoir liquidé à l'amiable. Selon une décision de l'OAI datée du 16 avril 2019, la rente entière d'invalidité de l'assurée, avait été réévaluée rétroactivement à CHF 1'034.- du 1<sup>er</sup> juin 2018 au 31 décembre 2018 et connu une augmentation à CHF 1'043.- au 1<sup>er</sup> janvier 2019. En l'absence de compensation opérée en 2019, l'assurée avait reçu, en avril de la même année, la somme de CHF 4'172.- représentant les arriérés de rente de janvier à mars 2019 (CHF 3'129.-), ainsi que la rente du mois d'avril 2019. Selon le contrat de travail liant une entreprise horlogère à la fille de l'assurée du 1<sup>er</sup> mars 2019 au 31 juillet 2019, cette dernière avait un taux d'activité de 60 % et percevait un salaire annuel de CHF 39'000.-, versé en treize mensualités brutes de CHF 3'000.-. Enfin, il ressortait de divers décomptes de poursuite que l'assurée ne s'était toujours pas acquittée, en avril 2019, d'une bonne partie de ses primes d'assurance obligatoire des soins échues en 2018.
  19. Le 29 mai 2019, l'OAI a fait savoir qu'aux termes d'un courrier de la CCGC daté du même jour, auquel il se référait entièrement, il convenait d'annuler la retenue sur rente qui faisait l'objet de la décision querellée. Suite à cette dernière, la rente d'invalidité de l'assurée avait été entièrement ponctionnée dès septembre 2018 et reversée à la CCGC. Toutefois, au vu des pièces produites au stade du recours, il apparaissait qu'une retenue sur la rente d'invalidité de l'assurée entamait son minimum vital, que celui-ci soit examiné en juillet 2018, au moment de la décision querellée, ou à ce jour. En effet, en juillet 2018, ses revenus, qui s'élevaient à CHF 1'460.- (rente d'invalidité de CHF 1'043.- et rente pour enfant se montant à CHF 417.-), étaient inférieurs au minimum vital défini par les normes d'insaisissabilité genevoises pour l'année 2018, celui-ci étant de CHF 2'550.- (soit CHF 1'350.- pour un débiteur monoparental, montant auquel il convenait d'ajouter

---

CHF 600.- pour l'entretien d'un enfant de plus de 10 ans, soit le double pour deux enfants âgés de plus de 10 ans). Au stade actuel de la procédure, le constat était identique : en tenant compte des revenus de la fille, réalisés en 2019 (CHF 1'354.- par mois, soit CHF 39'000.- / 12 = CHF 3'250.- ; CHF 3'250.- x 5 = CHF 16'250.- ; CHF 16'250.- / 12 = CHF 1'354.-), et de la rente d'invalidité revenant à l'assurée (CHF 1'043.-), la somme des revenus s'établissait à CHF 2'397.- par mois, montant inférieur au minimum vital maintenu à CHF 2'550.- en 2019.

20. Le 4 juin 2019, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à l'assurée.

21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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 l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, le recours étant dirigé contre une décision fondée sur la LAI.

b. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

c. Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou mois fixés par la loi ou par l'autorité compétente ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Datée du 19 juillet 2018, la décision querellée a été notifiée au plus tôt le lendemain, de sorte que le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a été suspendu aussitôt et n'a commencé à courir qu'à compter du 16 août 2018. Posté le 14 septembre 2018, le recours a été interjeté en temps utile. Il satisfait également aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89b LPA).

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Partant, le recours est recevable.

2. Il convient de déterminer préalablement l'objet du litige.

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 34 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_488/2012 consid. 3.1).

b. En l'espèce, la décision sur opposition de la CCGC du 29 septembre 2017, confirmant le montant des cotisations personnelles dues par l'assurée à cette caisse, étant entrée en force, l'objet du litige porte sur le point de savoir si l'OAI était en droit de compenser la somme de CHF 27'840.40 due à ce titre avec la rente d'invalidité de l'assurée.

3. Le droit à la rente d'invalidité est soustrait à toute exécution forcée (art. 50 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20 – LAI ; cf. ég. art. 92 al. 1 ch. 9a de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1 – LP).

Toutefois, aux termes de l'art. 20 al. 2 LAVS, applicable par renvoi de l'art. 50 al. 2 LAI, les créances découlant de la LAVS peuvent être compensées avec des prestations échues.

De manière générale, la compensation, en droit public – et donc notamment en droit des assurances sociales – est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (voir Nicolas JEANDIN, Commentaire romand, Code des obligations I, n° 5 ss ad art. 120 CO; ATF 128 V 228 consid. 3b; VSI 1994 p. 217 consid. 3). Cette règle n'est cependant pas absolue. Il a toujours été admis, en effet, que l'art. 20 LAVS y déroge dans une certaine mesure pour prendre en compte les particularités relatives aux assurances sociales en ce qui concerne précisément cette condition de la réciprocité des sujets de droit posée par l'art. 120 al. 1 CO (Theo KÜNDIG, Die Verrechnung im Sozialversicherungsrecht, thèse Berne 1960, p. 87 ss; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants, tome II [Les prestations], 1988, p. 237 ss; Hans Michael RIEMER, Berührungspunkte zwischen Sozialversicherungs- und Privatrecht, insbesondere die Bedeutung des Privatrechtes bei der Auslegung des Sozialversicherungsrechtes durch das EVG, in: Mélanges pour le 75e anniversaire

---

du TFA, Berne 1992, p. 161, note de bas de page 95; Ueli KIESER, Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, Zurich 1996, p. 127 ss ad art. 20). La possibilité de compenser s'écarte de l'art. 120 al. 1 CO quand les créances opposées en compensation se trouvent en relation étroite, du point de vue de la technique d'assurance ou du point de vue juridique: dans ces situations, il n'est pas nécessaire que l'administré ou l'assuré soit en même temps créancier et débiteur de l'administration (130 V 505 consid. 2.4).

Selon la jurisprudence, il est notamment possible de compenser les créances de cotisations personnelles qu'une personne invalide doit à sa caisse de compensation avec les rentes d'invalidité échues auxquelles cette même personne peut prétendre (pour un cas d'application : arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 684/00 du 19 février 2002), même lorsque ces rentes sont versées par une caisse différente (cf. ci-après : consid. 4b).

4. a. Contrairement à la teneur littérale de l'art. 20 al. 2 LAVS, la caisse de compensation a non seulement le droit mais aussi l'obligation, dans le cadre des prescriptions légales, de compenser des cotisations dues, frais de poursuites et autres frais administratifs avec des prestations échues (ATF 115 V 341 consid. 2a et les arrêts cités). La compensation opérée avec une rente n'est toutefois possible que dans la mesure où le montant retenu sur la rente ne touche pas le minimum vital de la personne tenue à restitution (ATF 128 V 50 consid. 4a). Lorsque les revenus de la personne assurée n'excèdent pas le minimum vital, la compensation est exclue. Lorsque la dette ne peut être amortie par compensation, la caisse de compensation déclarera les cotisations irrécouvrables (art. 34c al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947; RAVS – RS 831.101). En revanche, lorsque les revenus de la personne tenue de payer des cotisations dépassent le minimum vital, la compensation est possible tant qu'elle ne porte pas atteinte à ce dernier. Si la compensation de l'intégralité de la dette n'est pas possible en une seule fois, elle s'applique à des fractions de la dette réparties mensuellement (ATF 111 V 99 consid. 3b). À noter que lorsque même le paiement de la cotisation minimale mettrait une personne obligatoirement assurée dans une « situation intolérable », le paiement de celle-ci peut être remis selon la procédure prévue à l'art. 11 al. 2 LAVS (ATF 108 V 49). Dans ce dernier arrêt, le juge cantonal a renvoyé la cause à la caisse pour examen de la remise, question qui n'avait pas été examinée par celle-ci parce qu'elle était partie à tort du principe que s'il était possible de compenser, la question de la remise ne se posait pas.

b. Selon les Directives concernant les rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale dans leur teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (DR), l'ayant droit doit être avisé de la compensation, par la caisse de compensation, au moyen d'une annotation dans la décision de rente ou d'une décision spéciale comportant l'exposé des moyens de droit. En cas d'octroi d'une rente AI, cette tâche incombe à l'office AI compétent pour rendre une décision de rente (DR, ch. 10924). Si la caisse de compensation créancière ne verse pas elle-même la rente, elle adresse par écrit à la

caisse débitrice de la rente un mandat de compensation. Il appartient toutefois à la caisse de compensation créancière de déterminer au préalable si et dans quelle mesure une compensation est possible, et cela en veillant à ce que l'assuré ne tombe pas au-dessous du minimum vital. La caisse de compensation créancière doit communiquer par écrit à la caisse débitrice de la rente le résultat de l'examen du minimum vital (DR, ch. 10925).

c/aa. Pour le calcul du minimum vital de l'assuré, il y a lieu d'appliquer les règles du droit des poursuites (ATF 131 V 252 consid. 1.2 ; ATF 115 V 343 consid. 2c).

Même s'il existe un pouvoir d'appréciation étendu pour tenir compte des spécificités du cas d'espèce, l'application des normes d'insaisissabilité édictées par les autorités cantonales de surveillance, complétées par la jurisprudence, permet d'assurer dans une large mesure le respect du principe d'égalité entre débiteurs réduits au minimum vital en fonction de leur situation particulière (Michel OCHSNER, *in* Commentaire romand de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, n. 75-79 ad art. 93 LP).

D'un point de vue temporel, l'examen du minimum vital nécessite que l'on se place au moment où le débiteur doit s'acquitter de sa dette, soit au plus tard au moment de la décision de compensation litigieuse (ATF 113 V 254 consid. 4b, ATF 104 V 61). Le juge des assurances sociales peut cependant exceptionnellement tenir compte de faits nouveaux, postérieurs au prononcé de la décision de la caisse (ATF 104 V 61).

Les caisses doivent élucider avec précision la situation personnelle de l'assuré (la fortune et les revenus effectifs, coûts de soutien et de formation). L'élément déterminant est l'ensemble de la situation économique de l'assuré, y compris le revenu et la fortune du conjoint, respectivement du partenaire enregistré, et des personnes qui font ménage commun avec lui (Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des personnes sans activité lucrative dans l'AVS, AI et APG [DIN], ch. 3043 et not. RCC 1981 p. 516 et ATF 120 V 271 consid. 5cc).

Pour un débiteur monoparental, le minimum vital s'élève à CHF 1'350.- (selon les Normes d'insaisissabilité pour les années 2018 et 2019 (E 3 60.04)). Ce montant de base est porté à CHF 1'950.-, respectivement CHF 2'550.- selon que le débiteur assume une obligation d'entretien envers un ou deux enfants âgés de plus de dix ans. Les suppléments à ajouter à ce montant de base mensuel sont notamment les frais de logement, de chauffage, les dépenses indispensables à l'exercice d'une profession (déplacements professionnels, repas pris hors du domicile, frais vestimentaires particuliers, etc.), les contributions d'entretien, les frais médicaux, etc. (Michel OCHSNER, *op. cit.* p. 421, n. 78 ad art. 93 LP). Les dettes d'impôt ne sont pas prises en considération dans le calcul du minimum vital du débiteur, pas plus que la dette de cotisations dont la réduction est demandée (ATF 120 V 271 consid. 5aa). Les primes de l'assurance-maladie obligatoire peuvent être prises en compte dans le calcul du minimum vital, à l'exclusion des primes de l'assurance-maladie complémentaire (ATF 134 III 323 consid. 3).

---

c/bb. En l'espèce, il ressort des pièces produites le 10 mai 2019 que la retenue opérée sur la rente d'invalidité de l'assurée dès septembre 2018 entame son montant de base qui s'élève à CHF 2'550.- en 2018 comme en 2019. Étant donné que les revenus de l'intéressée sont de toute manière inférieurs à ce montant, le point de savoir quelle(s) autre(s) dépense(s) il conviendrait d'inclure dans le minimum vital peut rester indécis, que ce soit à l'époque de la décision litigieuse en juillet 2018 (lorsque les revenus de l'assurée se composaient uniquement de la rente d'invalidité de CHF 994.- et de la rente pour enfant de CHF 398.-) ou en l'état actuel du dossier, puisque même en tenant compte du revenu moyen réalisé par la fille de l'assurée en 2019 (CHF 1'354.- mensuels), la somme des revenus s'établit à CHF 2'397.- par mois (dont CHF 1'043.- au titre de la rente d'invalidité de l'assurée).

5. a. Aux termes de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1) Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (al. 2).

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement peuvent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent raisonnablement être exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

b. Lorsque la collaboration qui est requise de la part d'un administré n'est apportée que tardivement, la sanction attachée au défaut de collaboration – non entrée en matière, décision en l'état du dossier – ne peut se rapporter qu'à la période pendant laquelle la collaboration a été refusée (cf. SVR 2008 IV n° 48 ; arrêt du Tribunal fédéral I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 7 in fine ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd. 2015 p. 588, n. 103 ad art. 43 LPGA).

6. a. Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), exclut que la charge de l'apport de la preuve ("Beweisführungslast") incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). Quand bien même la procédure est régie par le principe inquisitoire, sa portée est limitée par le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits

invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. En effet, si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas pour autant du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait en déduire un droit de l'état de fait non prouvé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 294/02 du 20 novembre 2002 ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

b. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'espèce, l'assurée expose en substance n'avoir pas donné suite au courrier de la CCGC du 11 décembre 2017 du fait de son absence de maîtrise de la langue française et d'un traitement médical extrêmement lourd qui ne lui permettait pas de mener une vie autonome.

La chambre de céans considère que ces arguments ne sont guère décisifs dans la mesure où l'assurée avait mandaté une société fiduciaire, à laquelle le courrier du 11 décembre 2017 avait été précisément notifié. De plus, il ressort clairement de cet envoi que si l'assurée n'était pas en mesure de régler le montant des cotisations dues d'ici au 18 janvier 2018, elle était invitée à remplir le formulaire d'examen du minimum vital annexé, de manière à permettre à la CCGC de déterminer le montant mensuel à retenir sur la rente d'invalidité de l'assurée. En outre, il était précisé que sans réponse de la part de cette dernière dans le délai fixé, sa rente serait retenue d'office jusqu'à extinction de sa dette. Dans ces circonstances, le fait de n'avoir pas donné suite au courrier du 11 décembre 2017 (lui-même précédé de deux rappels les 27 juillet et 26 août 2016, et d'une sommation du 26 septembre 2016) est constitutif d'un refus inexcusable de renseigner et/ou de collaborer à l'instruction du cas ; dûment avertie des conséquences juridiques de son omission, l'assurée doit se laisser opposer le fait que la CCGC se soit prononcée en l'état du dossier. Enfin, la question de savoir pour quels motifs la société fiduciaire mandatée n'a pas donné suite au courrier du 11 décembre 2017 peut rester ouverte. De jurisprudence constante, l'administré (ou l'assuré) doit se laisser opposer les actes de son représentant, comme si c'étaient les siens propres, notamment les erreurs de procédure commises par ce dernier (ATF 114 Ib 67 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral B 142/05 du 9 janvier 2007 consid. 3.1 ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, p. 243, n. 708). Par conséquent, l'OAI était fondé à statuer en

---

l'état du dossier, et donc à compenser la somme de CHF 27'840.40 due à la CCGC avec la rente d'invalidité de l'assurée. Cependant, comme cette dernière a pleinement collaboré à la détermination de son minimum vital en 2019 – en atteste notamment la décision de l'OAI du 16 avril 2019, en tant qu'elle verse à l'intéressée les arriérés de rente échus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et renonce, par là même, à compenser la rente d'invalidité avec la créance de cotisations de la CCGC au-delà du 31 décembre 2018 –, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la retenue opérée sur la rente d'invalidité de l'assurée est entièrement levée avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

8. a. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige.

Une indemnité de procédure ne saurait toutefois être accordée la partie qui obtient gain de cause à l'issue d'une procédure judiciaire qu'elle aurait pu éviter si elle s'était conformée à son obligation de collaborer (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 760/05 du 24 mai 2006 consid. 4.2 et C 65/03 du 20 août 2003 consid. 3.1 ; Ueli KIESER, op. cit., p. 834, n. 205 ad art. 61 LPGA).

En l'occurrence, l'assurée aurait pu éviter la retenue de sa rente d'invalidité si elle avait complété et retourné le formulaire d'examen du minimum vital à la CCGC alors qu'elle y avait été invitée à de multiples reprises. Par conséquent, elle n'a pas droit à des dépens.

- b. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, la contestation ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI (dans le même sens : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2 et les arrêts cités ; la Haute Cour y confirme que le paiement d'une rente d'invalidité en main d'un tiers ne constitue pas une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI). Par conséquent, il ne se justifie pas de déroger à la gratuité de la procédure.

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 19 juillet 2018 de l'OAI au sens des considérants.
4. Dit que l'assurée n'a pas droit à des dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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