

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3252/2009

ATAS/280/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 17 mars 2010**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ULMANN Claude

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Mme R\_\_\_\_\_, née en 1946, est au bénéfice d'une rente d'invalidité, ainsi que d'une allocation d'impotence moyenne, puis grave depuis septembre 2000.
2. Par demande reçue le 11 décembre 1985, elle requiert des prestations complémentaires à sa rente d'invalidité, en indiquant qu'elle dispose à titre de revenus uniquement d'une rente d'invalidité de 1'187 fr. par mois.
3. Par décision du 7 juillet 1986, elle est mise au bénéfice de prestations complémentaires fédérales et cantonales avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> décembre 1985. Dans les années suivantes, d'autres décisions d'octroi de prestations complémentaires lui sont notifiées. Celle datée du 3 janvier 2005 mentionne une rente d'invalidité annuelle de 22'908 fr. et une rente d'impotence de 20'640 fr., laquelle n'est cependant pas prise en compte pour le calcul des prestations dues.
4. Par décision du 24 novembre 2008, le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC, auparavant Office cantonal des personnes âgées - OCPA) réclame à l'assurée le remboursement de la somme de 66'185 fr. à titre de prestations indûment perçues à compter de décembre 2003. Par cette même décision, le SPC supprime le droit aux prestations complémentaires. Dans le calcul des prestations, il tient compte d'une rente du 2<sup>ème</sup> pilier de 21'906 fr. par an.
5. A la même date, le SPC demande à l'assurée également le remboursement du subside à l'assurance-maladie octroyé pour la période de décembre 2003 à novembre 2008.
6. Par décision du 26 novembre 2008, le SPC annule les décisions par lesquelles il a remboursé à l'assurée les frais médicaux d'un montant de 16'325 fr. 55 à partir de janvier 2004.
7. Par courrier du 2 décembre 2008, le SPC notifie ces trois décisions à l'assurée. Dans son courrier d'accompagnement, il précise avoir constaté, lors d'un contrôle périodique, qu'elle ne l'avait jamais informé avoir une rente du deuxième pilier. De ce fait, il a repris ses calculs à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2003, soit dans le délai de prescription légal de cinq ans. Il a également tenu compte, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, d'une augmentation de l'épargne de l'ayant-droit. Le montant total des prestations indûment versées et dont la restitution est réclamée s'élève à 107'764 fr. 20.

8. Par courrier du 19 décembre 2008, l'assurée, représentée par son conseil, forme une demande de remise, tout en admettant que ses revenus sont trop élevés pour s'opposer à la suppression des prestations complémentaires pour l'avenir. Elle allègue être gravement handicapée, ne pouvant vivre à domicile que grâce à l'aide permanente d'une autre personne. Il ne lui reste pour vivre qu'un montant de 733 fr. par mois dont elle a un besoin impérieux pour faire face aux dépenses extraordinaires liées à son état de santé. Par ailleurs, elle était persuadée que, au vu de sa situation modeste et de son handicap particulièrement sévère dont elle est affectée depuis plus de 40 ans, elle avait droit aux subsides qui lui étaient versés. Cela étant, elle estime que sa bonne foi doit être admise.
  
9. Par décision du 15 avril 2009, le SPC refuse la demande de remise. Il allègue avoir procédé à une révision périodique de son dossier le 21 novembre 2008 et avoir demandé à l'Administration fiscale cantonale les avis de taxation pour les années 2001 à 2007 la concernant. A la lecture de ces documents, il a constaté qu'elle percevait une rente de prévoyance professionnelle, ce dont il n'avait pas été informé. En outre, l'épargne de l'ayant-droit avait augmenté depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, ce qu'il ignorait également. Il relève par ailleurs que les bénéficiaires doivent lui communiquer sans retard tout changement de leur situation personnelle et toute modification sensible de leur situation matérielle. Jusqu'en 2005, le SPC avait envoyé chaque année à tous les bénéficiaires une nouvelle décision, à laquelle était jointe au moins deux lettres. La première rappelait que tout changement dans la situation économique ou personnelle devait lui être immédiatement annoncé. La seconde rappelait qu'une augmentation ou une diminution des revenus ou dépenses entraînaient une mise à jour des prestations pouvant donner lieu à un versement rétroactif ou à une demande de remboursement. Depuis 2006, l'organe compétent a envoyé une "Communication importante" à tous les bénéficiaires, rappelant l'obligation de renseigner. Il ressort par ailleurs de ses décisions que la rente de prévoyance professionnelle n'a pas été prise en compte dans les ressources. Ainsi, l'ayant-droit aurait dû en informer immédiatement le SPC. Elle ne pouvait ignorer devoir lui annoncer toute divergence entre sa situation personnelle ou financière et celle prise en compte dans ses décisions, en faisant preuve d'une vigilance raisonnablement exigible.
  
10. Par courrier du 8 mai 2009, l'intéressée forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle rappelle qu'elle est handicapée depuis 40 ans et qu'elle avait la conviction que ses diverses rentes avaient été prises en compte, au vu de sa situation financière plus que modeste. Par ailleurs, les décisions du SPC sont tout à fait incompréhensibles à lire pour un profane. Elle estime ainsi qu'elle était de bonne foi, tout en relevant que sa situation

financière l'empêche de rembourser la somme réclamée. Aussi persiste-t-elle à demander une remise.

11. Par décision du 12 août 2009, le SPC rejette l'opposition. Il allègue avoir constaté que l'intéressée s'est régulièrement fait aider par Mme S\_\_\_\_\_ dans les démarches administratives notamment. Elle voit aussi régulièrement du personnel de la Fédération suisse d'aide et de soins à domicile (FSASD) depuis de nombreuses années, de sorte qu'elle disposait d'un entourage propice à l'aider dans la compréhension de ses correspondances. Les décisions indiquent en outre de façon tout à fait lisible les revenus et charges déclarés et pris en compte. Il était ainsi à sa portée de constater que sa rente de prévoyance professionnelle n'apparaissait pas dans les ressources déclarées. De surcroît, si elle avait un doute sur le contenu des décisions, elle pouvait également faire appel aux différents services sociaux ou demander au SPC de les lui expliquer. Par conséquent, il persiste à nier la bonne foi de l'ayant-droit.
  
12. Par acte du 8 septembre 2009, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une remise de l'obligation de restituer les sommes indûment perçues. Préalablement, elle demande une comparution personnelle des parties. Elle admet qu'elle touche une rente de prévoyance professionnelle de 1'781 fr. par mois, en plus de sa rente d'invalidité et de l'allocation pour impotent. Comme elle est très handicapée, elle avait la conviction que le calcul des prestations complémentaires prenait en compte la totalité de ses revenus. Elle répète à cet égard que les décisions ne sont pas très claires pour une personne dans son état de santé. Quant à la personne qui l'assiste dans ses démarches administratives, elle est également très malade et ne pouvait l'aider de façon efficace. Concernant la FSASD, la recourante relève que son mandat consiste à apporter des soins infirmiers et non pas à gérer les affaires administratives. La recourante produit par ailleurs trois décisions du 7 juillet 1986 de l'OCPA, mentionnant, à titre de ressources, provenant de l'exercice d'une activité lucrative, des montants de 6'000 fr. ou de 1'440 fr., montants qui correspondaient précisément à ceux de sa rente du 2<sup>ème</sup> pilier. Elle insiste une nouvelle fois sur le fait que sa situation est plus que précaire et fait état de ses charges incompressibles. En raison de ses dépenses immenses dues à son handicap, elle pouvait penser en toute bonne foi qu'elle avait droit aux modestes subsides.
  
13. Dans sa réponse au recours du 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'intimé conclut à son rejet. En plus de ses précédents arguments, il relève qu'il était impossible de supposer qu'un gain d'activité annuelle de 6'000 fr. en 1985 et de 1'440 fr. en 1986 produirait une rente annuelle s'élevant à plus de 21'000 fr.

14. A l'audience de comparution personnelle du 9 décembre 2009, la recourante déclare ce qui suit :

"J'ai tous les jours besoin des soins donnés par une infirmière, d'une surveillance permanente et régulièrement d'une ergothérapeute, indépendamment d'une aide ménagère."

"En 1981, j'ai eu un épanchement de la moelle épinière qui a nécessité beaucoup d'hospitalisations. A cela se sont ajoutées des erreurs médicales. Depuis 1981, je ne peux plus rien faire toute seule et j'ai besoin d'une présence jour et nuit. Je n'ai par ailleurs pas de famille. Ma situation est donc très difficile."

Son mandataire donne les explications suivantes :

"Je connais Mme R\_\_\_\_\_ depuis très longtemps. Elle est très honnête et croyait de bonne foi avoir droit aux prestations complémentaires qui lui ont été versées. La demande de remboursement la met dans une situation très difficile aussi bien sur le plan matériel que psychologique.

Toutefois, par gain de paix et dans le cadre d'un accord, elle pourrait consentir à rembourser la somme qui lui est réclamée à raison de 100 fr. par mois."

15. Par écritures du 28 janvier 2010, l'intimé refuse la proposition transactionnelle de la recourante de rembourser 100 fr. par mois et persiste dans ses conclusions, après avoir soumis le dossier à sa division financière pour examen. Selon celle-ci, il apparaît que le solde disponible mensuel de la recourante, calculé selon les normes applicables par l'Office des poursuites, s'élève à 2'980 fr.
16. Par courrier du 22 février 2010, la recourante persiste dans ses conclusions.
17. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ en instance unique, sur les 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur les prestations

complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006 (Loi sur les prestations complémentaires; LPC ; RS 831.30).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les dispositions de la nouvelle du 6 octobre 2006 modifiant la LPC et de celle du 13 décembre 2007 modifiant la LPCC, sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 août 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LPC pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPC et de la LPCC pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

Il sied encore de préciser qu'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).

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, 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 7 15 - et 89D de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante remplit les conditions de la remise de l'obligation de rembourser les prestations indûment perçues, plus particulièrement celle de la bonne foi.
5. A teneur de l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (cf. également. art.24 al. 1 LPCC). Les deux conditions sont cumulatives.
6. 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. L'art 24 OPC-AVS/AI est applicable aux prestations cantonales par renvoi de l'art. 1A LPCC.

7. S'agissant de la bonne foi, 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 encore 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'intéressé 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 112 V 103 consid. 2c ; DTA 2003 n° 29 p. 260 consid. 1.2 et les références ; RSAS 1999 p. 384). Il y a négligence grave quand un 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 181 consid. 3d). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, il aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations complémentaires de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. La bonne foi fait en outre d'emblée défaut lorsque l'octroi de prestations indûment versées est imputable à une violation grave ou intentionnelle de l'obligation d'annoncer ou de renseigner. Il en va ainsi lorsqu'un changement dans la situation personnelle ou matérielle n'a, intentionnellement ou par négligence grave, pas été annoncé ou annoncé avec retard compte tenu de l'attention que l'on peut raisonnablement exiger d'un bénéficiaire de prestations complémentaires (cf. ATF 112 V 103 consid. 2c, 110 V 180 consid. 3c ; arrêt non publié du TFA du 20 janvier 2007, C 93/2005). On signalera enfin, que, de jurisprudence constante, 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 (ATF non publié du 17 avril 2008, 8C\_766/2007, consid. 4.1 et les références citées).

Comme on le voit à la lecture de la jurisprudence susmentionnée, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que la violation du devoir d'annoncer ou de renseigner constitue en général une négligence grave qui ne permet pas de retenir la bonne foi de l'assuré sauf dans quelques cas isolés (cf. notamment ATF 112 V 97; 110 V 176; DTA 2002 n° 38 p. 258 consid. 2a). Le TFA a en effet considéré ladite omission comme une violation légère

dans deux cas. Il s'agissait du cas d'un tuteur qui devait surveiller les activités de son pupille qui s'occupait de plusieurs locations de locaux. Le tuteur avait omis de demander à son pupille si en plus de ses activités en matière de location, il avait mené de front une activité lucrative, ce qui avait été le cas pendant un certain temps (ATF 112 V 97). Dans l'arrêt cité au DTA, une société avait demandé la remise de l'obligation de restituer les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail, versées à tort à une entreprise dont elle avait repris les actifs et les passifs. Le TFA a reconnu que la négligence grave commise par les organes de la société reprise, qui n'avait tenu aucun contrôle des heures de travail chômées, n'était pas imputable à la société reprenante, car en l'absence de rapport de représentation légal ou contractuel, la bonne foi était une condition de la remise qui se rattachait à la personne (physique ou morale) du bénéficiaire de la prestation induite. Dans l'ATF 110 V 176, le TFA a au contraire jugé qu'une femme de 68 ans, d'origine paysanne et sans connaissance du droit, qui avait omis de déclarer les prestations en nature qu'elle recevait dans la ferme de son neveu, en dépit de précisions sur le formulaire de demande de prestations, avait commis une négligence grave, de sorte que sa bonne foi ne pouvait être reconnue.

Le Tribunal de céans a également rendu une jurisprudence abondante s'agissant de la bonne foi. Dans un arrêt du 13 avril 2003 (ATAS/257/2004), il a jugé que l'assurée ne pouvait se voir reconnaître la bonne foi car elle n'avait pas informé le SPC de l'augmentation du montant des rentes complémentaires de ses enfants d'une centaine de francs (cf. également ATAS/610/2004). Le Tribunal de céans a nié la bonne foi d'une assurée qui avait satisfait à l'obligation de renseigner mais qui n'avait pas attiré l'attention de l'administration sur le fait que ses prestations continuaient d'être versées à tort comme par le passé, sans tenir compte des montants déclarés (cf. ATAS/764/2007 rendu le 21 juin 2007 par le plenum de la juridiction). Enfin, dans un arrêt du 13 mai 2008 (ATAS/568/2008), le Tribunal a jugé que la bonne foi devait être niée car l'assurée n'avait pas déclaré ses augmentations de revenus, même si celles-ci étaient modestes.

8. En l'espèce, la recourante n'a pas annoncé à l'intimé qu'elle percevait également une rente du 2<sup>ème</sup> pilier. A cet égard, il ne fait pas de doute qu'elle devait ou aurait dû savoir que cet élément était important pour l'intimé et pouvait intervenir dans le calcul des prestations complémentaires. Il ne pouvait par ailleurs lui échapper que cette rente n'avait pas été prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires, contrairement à la rente qu'elle reçoit de l'assurance-invalidité. En effet, le calcul des prestations complémentaires est communiqué aux ayants-droit avec la décision. Or, aucune mention n'y était faite in casu d'une rente du 2<sup>ème</sup> pilier. Ainsi, même si la recourante pensait avoir droit aux prestations complémentaires, en raison des graves handicaps dont elle est atteinte depuis de très nombreuses années,

elle devait avoir un doute sur le bien-fondé des décisions de l'intimé, ce qui aurait dû l'inciter à tout le moins de prendre des renseignements soit auprès de l'intimé lui-même, soit auprès d'un conseiller juridique.

Partant, la bonne foi de la recourante ne peut être retenue.

Il convient toutefois de relever que les rentes de l'assurance-invalidité, ainsi que les allocations pour impotent, sont insaisissables. La recourante peut par ailleurs toujours faire une proposition raisonnable pour rembourser la somme due, afin d'éviter des poursuites.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit que pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, les parties 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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