

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3780/2012

ATAS/580/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juin 2013

3ème Chambre

En la cause

Madame B _____, domiciliée à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître HOVAGEMYAN Hrant

recourante

contre

CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION,
Service juridique, rue des Gares 12, GENEVE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Les époux B_____ ont bénéficié de rentes de vieillesse de l'ASSURANCE VIEILLESSE ET SURVIVANTS (AVS), depuis juillet 1999, respectivement mars 2004.
2. Le droit de Madame B_____ (ci-après : l'assurée) a été recalculé et modifié suite au décès de son époux, survenu le 5 janvier 2009 (cf. décision de la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION [ci-après : la caisse] du 7 janvier 2010).
3. Constatant à cette occasion que le calcul du droit initial était erroné (bonifications pour tâches éducatives comptées durant une période pendant laquelle les époux n'étaient pas assurés), la caisse a réclamé à l'assurée la restitution de 40'968 fr., correspondant au montant qui lui avait été versé à tort de janvier 2005 à janvier 2010 (cf. décision du 25 janvier 2010).
4. L'opposition formée par l'intéressée - qui arguait pour l'essentiel de la péremption du droit de la caisse de réclamer la restitution en lien avec la protection de la bonne foi - a été rejetée par décision du 11 mars 2010. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS ; cf. arrêt du 30 novembre 2010 [ATAS/1227/2010]), puis par le Tribunal fédéral (TF ; cf. arrêt 9C_56/2011 du 19 octobre 2011).
5. Le 9 novembre 2011, l'assurée a sollicité la remise de l'obligation de restituer.
6. La caisse lui alors accordé un délai au 15 décembre 2011 pour remplir le formulaire servant à déterminer quelle était exactement sa situation financière. Ce délai a été prolongé à trois reprises à la demande du conseil de l'assurée, jusqu'au 3 mars 2012.
7. Ayant finalement obtenu les renseignements nécessaires, la caisse, par décision du 12 juillet 2012 - notifiée directement à l'intéressée plutôt qu'à son conseil -, a rejeté la demande de remise de l'obligation de restituer, motif pris que les revenus de l'intéressée dépassaient largement la limite prévue par la loi. Il ressortait en effet des documents fournis que le total des dépenses de l'assurée s'élevait à 45'806 fr., sa fortune à 271'628 fr. et ses revenus à 91'624 fr.; les revenus de l'intéressée dépassaient donc de 45'818 fr. le montant de ses dépenses.
8. Le 13 septembre 2012, le conseil de l'assurée s'est opposé à cette décision au nom de sa mandante, en invoquant la jurisprudence selon laquelle, lorsqu'une décision est notifiée par erreur à l'assuré plutôt qu'à son conseil, le délai de recours court non à compter de la date à laquelle l'assuré a reçu la décision mais à compter du dernier jour de ce délai. Le conseil de l'opposante annonçait qu'il compléterait son

argumentation d'ici le 12 octobre 2012. Il invoquait d'ores et déjà l'état de santé précaire de sa mandante et alléguait qu'à supposer que le calcul de la caisse soit exact, il demanderait que le remboursement par sa mandante puisse s'échelonner sur la même durée que celle durant laquelle les prestations avaient été indûment versées.

9. Par courrier du 12 octobre 2012, le conseil de l'assurée a sollicité un report de délai de trente jours, motif pris qu'il n'était pas encore parvenu à s'entretenir avec sa mandante.
10. Par courrier du 15 octobre 2012, la caisse a accepté de lui accorder un ultime délai au 23 octobre 2012 pour compléter l'opposition, précisant qu'à défaut, elle se prononcerait en l'état du dossier.
11. N'ayant reçu aucune écriture complémentaire, la caisse a statué en date du 7 novembre 2012.

Dans sa décision sur opposition, la caisse a rappelé que la bonne foi de l'intéressée avait été admise d'entrée de cause et que seule restait litigieuse la question de savoir si la deuxième condition posée à l'octroi de la remise - celle relative à la situation financière de l'intéressée - était remplie.

La caisse a rappelé avoir calculé, sur la base des éléments communiqués par l'assurée elle-même, que cette dernière, vivant seule et sans enfants à charge, disposait de 91'624 fr. de revenus alors que ses dépenses reconnues ne s'élevaient qu'à 45'806 fr., ce qui lui laissait encore un revenu annuel disponible de 45'818 fr. lui permettant de s'acquitter aisément de sa dette (40'968 fr.).

La caisse a relevé que l'assurée, dans son opposition, n'avait pas indiqué en quoi les éléments de calcul retenus seraient erronés.

En conséquence de quoi, la caisse a rejeté l'opposition et, constatant que l'assurée semblait user de procédés dilatoires, a ordonné pour le surplus « la retenue de la rente AVS courante (...) à compter du mois de décembre 2012 ».

12. Par écriture du 10 décembre 2012, le conseil de l'assurée a saisi le Tribunal des assurances sociales (recte : la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) d'un recours tendant à ce qu'il soit préalablement ordonné à la caisse de reprendre sans délai le versement de la rente à sa mandante et, quant au fond, à ce que lui soit accordé un délai pour compléter son recours « dans un délai raisonnable ».
13. Invitée à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 14 janvier 2013, a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif.

14. Le 15 janvier 2013, la Cour a accordé à l'assurée un délai au 31 janvier 2013 pour compléter son recours au fond, délai dont elle a souligné que ce serait le seul.
15. Le conseil de l'assurée s'est exprimé le 31 janvier 2013. Reprenant les mêmes conclusions que dans son écriture du 10 décembre 2012 - notamment celle - une fois de plus -, visant à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, il allègue en substance qu'il appartiendrait au Service de l'emploi (sic) de procéder à une instruction complémentaire en vue d'établir quelle était la situation financière de sa mandante au moment de l'entrée en force de la décision sur opposition du 11 juin 2003 (sic) et de se prononcer à nouveau sur la question de l'octroi de la remise de l'obligation de restituer.

La recourante reproche à l'intimée de ne pas préciser la date à laquelle elle s'est placée pour apprécier la difficulté de sa situation financière et soutient que c'est le 19 octobre 2011 qui doit être retenu.

Elle demande au surplus que cet examen tienne compte des frais médicaux croissants auxquels elle doit faire face en raison de son état de sa santé (diabète, rhumatismes et maladie rénale). Il faudrait donc, selon la recourante, tenir compte des « réserves qu'elle doit constituer pour l'avenir ».

Enfin, elle soutient qu'une personne de son âge est « nécessairement » placée dans une situation difficile si elle doit rembourser un montant tel que celui qui lui est réclamé.

16. Par écriture du 19 février 2013, la caisse a fait remarquer que sa feuille de calcul portait la mention « année 2012 ».
17. Le 27 février 2013, la Cour de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif (ATAS/23/2013).
18. Interrogée par la Cour, l'intimée a précisé par écriture du 8 mars 2013 que la feuille de calcul figurant au dossier avait été remplie par ses soins.

Elle a indiqué s'être tenue aux données figurant dans la déclaration fiscale de l'année 2010 de la recourante car le formulaire produit par l'intéressée ne permettait pas de déterminer avec exactitude les montants constituant les revenus réels et la fortune effective de la recourante. L'intimée a expliqué avoir renoncé à réclamer l'avis de taxation 2011 en raison de l'attitude dilatoire de son assurée.

Quant aux montants ressortant de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC ; RS 831.30), ce sont certes ceux de l'année 2012 et non 2011 qui ont été retenus mais ceux de l'année 2011 n'auraient pas conduit à un résultat différent.

19. Un délai au 22 mars 2013 a été accordé à la recourante pour se déterminer, dont elle n'a pas fait usage.
20. Dans l'intervalle, le 15 mars 2013, l'intimée a produit le formulaire détaillé de l'examen du minimum vital de la recourante. Il précisait que les montants retenus à titre de charges et de revenus étaient tirés de la déclaration fiscale 2010 de la recourante ainsi que des relevés bancaires et annexes produits par l'intéressée.

Selon l'intimée, c'est en raison de l'obstruction systématique de la recourante qu'il lui a été impossible d'examiner la situation qui était la sienne en 2011.
21. Invitée à se déterminer, la recourante n'a pas réagi dans le délai prolongé au 8 avril 2013 par la Cour de céans.
22. Cette dernière l'a donc invitée, par courrier du 23 avril 2013, à produire d'ici au 8 mai 2013 son avis de taxation 2011, ses relevés bancaires de janvier 2010 à décembre 2012, et toutes pièces utiles permettant de déterminer quelles ont été ses ressources et dépenses en 2011. L'attention du conseil de la recourante a été attirée sur le fait que, sans nouvelles de sa part, la Cour statuerait sur la base du dossier et - notamment - de l'avis de taxation 2010.
23. Aucune suite n'a été donnée à cette demande par la recourante, de sorte que la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans ayant d'ores et déjà été établie dans l'arrêt incident du 27 février 2013, il n'y a pas lieu d'y revenir. Il en va de même de la recevabilité du recours.
2. Ainsi que l'a rappelé l'intimée, la bonne foi de l'intéressée a été admise, de sorte que seule reste litigieuse la question de savoir si la seconde condition posée à l'octroi de la remise – celle relative à la situation financière de la recourante – est remplie.

Se pose ensuite, également, celle de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a ordonné la compensation de sa créance envers l'assurée avec la rente de vieillesse due à cette dernière à compter du mois de décembre 2012.

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

L'art. 5 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11) précise qu'il y a situation difficile lorsque les dépenses reconnues par la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30) et les

dépenses supplémentaires (8'000 fr. pour une personne seule selon l'art. 5 al. 4 let. 1 OPGA) sont supérieures au revenu déterminant selon la LPC. L'art. 5 al. 2 OPGA précise que sont notamment prises en considération au nombre des dépenses reconnues :

- pour les personnes vivant à domicile : comme loyer, le montant maximal respectif au sens de l'art. 10 al. 1 let. b LPC (à savoir 13'200 fr. pour une personne seule),
- 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.

L'art. 10 al. 1 LPC expose pour le reste en détail quelles sont les dépenses reconnues.

Quant à l'art. 11 al. 1 LPC, il énumère la liste des revenus déterminants.

4. En l'occurrence, la recourante vit seule et sans enfant à charge.

L'intimée, se basant sur les éléments fournis par l'intéressée elle-même et ceux ressortant de sa taxation fiscale 2010, a établi que les revenus s'élevaient à 91'624 fr., alors que le montant de ses dépenses reconnues ne s'élevait qu'à 45'806 fr., ce qui laissait encore un revenu annuel disponible de 45'818 fr., soit un montant supérieur à celui de la dette (40'968 fr.).

Le raisonnement de la recourante, selon lequel il appartiendrait au Service de l'emploi de procéder à une instruction complémentaire en vue d'établir quelle était sa situation financière au moment de l'entrée en force de la décision, apparaît incompréhensible. On ne voit pas en quoi le Service de l'emploi serait impliqué dans le litige soumis à la Cour.

Pour le reste, la recourante soutient que c'est à la date du 19 octobre 2011 – à laquelle le Tribunal fédéral a confirmé la créance de l'intimée envers elle de manière définitive – que sa situation financière doit être appréciée.

Il est vrai que l'intimée s'est basée sur les données figurant dans la déclaration fiscale 2010 de la recourante. On ne saurait cependant lui en faire grief au vu des multiples – et vaines – tentatives de l'intimée pour obtenir de l'intéressée les renseignements qui auraient permis d'établir quelle a été sa situation financière en 2011. Le délai accordé à la recourante par la Cour de céans s'est également révélé vain. On ne saurait dans ces circonstances reprocher à l'intimée de s'être basée sur les éléments dont elle disposait. Quoi qu'il en soit, la recourante se contente de

critiquer le calcul de la caisse, sans pour autant alléguer que ses revenus et/ou dépenses auraient évolué de manière significative entre la fin de l'année 2010 et le mois d'octobre 2011.

Eu égard aux circonstances, il convient de constater, à l'instar de l'intimée, que la comparaison entre les revenus déterminants et les dépenses reconnues laissent encore à disposition à la recourante un revenu annuel de 45'818 fr. lui permettant aisément de s'acquitter de sa dette.

Quant à la demande de la recourante que l'on tienne compte des "frais médicaux croissants auxquels elle doit faire face en raison de son état de santé" – frais qu'elle ne chiffre ni n'étaye - afin de lui permettre de se "constituer des réserves pour l'avenir", elle ne peut qu'être rejetée.

Enfin, l'argument selon lequel toute personne de son âge serait "nécessairement" placée dans une situation difficile si elle devait rembourser un montant tel que celui qui lui est réclamé, apparaît manifestement dénué de tout fondement.

Dès lors, la condition relative à la situation financière difficile ne peut être considérée comme remplie, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a rejeté la demande de remise de la recourante

5. Reste à examiner si les conditions d'une compensation étaient réunies en date du 7 novembre 2012.

C'est le lieu de rappeler qu'une créance d'une institution de sécurité sociale ne peut être compensée avec une prestation due à un assuré si, de ce fait, les ressources de celui-ci descendent au-dessous du minimum vital (ATF 128 V 50 consid. 4a), étant précisé que la notion du minimum vital est celle qui ressortit au droit de la poursuite et de la faillite (RCC 1983, p. 69). Plus spécifiquement, l'art. 125 ch. 2 CO stipule que les créances dont la nature spéciale exige le paiement effectif entre les mains du créancier, telles que des aliments et le salaire absolument nécessaires à l'entretien du débiteur et de sa famille ne peuvent être éteintes par compensation contre la volonté du créancier. La notion d'aliments recouvre les prestations ayant pour but de permettre au créancier de se procurer nourriture, soins, vêtements et logement convenables. Lesdites prestations trouvent notamment leur origine dans la loi, telles les rentes AVS ou AI ou dans des contrats, telles les prestations (rente ou capital) de la prévoyance. Le créancier en aliments qui entend s'opposer à la compensation doit établir que ces prestations sont absolument nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (JEANDIN in Commentaire romand, 2012, n° 7 et 8 ad art. 125 CO). Il a ainsi été jugé, en matière de prestations complémentaires, que la protection du minimum vital n'entraîne en ligne de compte que si l'assuré ne disposait d'aucune fortune (voir notamment ATFA non publié P 77/01 du 16 mai 2002, consid. 6). Dans le même ordre d'idées, il a été jugé, en matière de prévoyance professionnelle, que la compensation contre la volonté du destinataire

est inadmissible lorsque celui-ci ainsi que sa famille dépendent de la prestation de la prévoyance professionnelle pour couvrir leur entretien (VETTER-SCHREIBER, BVG - Kommentar, n° 8 ad art. 39 LPP). En effet, le but de l'art. 125 CO - comme d'ailleurs de l'art. 93 LP - est uniquement d'empêcher qu'une personne soit effectivement poussée dans le dénuement en raison de la compensation (voir notamment ATF non publié 9C_1015/2010 du 12 avril 2011, consid. 2.2).

Pour le calcul du minimum vital de l'assuré, il convient d'appliquer les règles du droit des poursuites (ATF 131 V 252 consid. 1.2, 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 (OCHSNER, Commentaire romand de la Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, n. 75-79 ad art 93 LP). Les normes d'insaisissabilité pour l'année 2011 (RS E 3 60.04) prévoient que le montant de base mensuel pour un adulte vivant seul s'élève à 1'200 fr. Les suppléments à ajouter à ce montant de base mensuel sont, notamment, le loyer effectif, charges comprises, les cotisations sociales, ainsi que les dépenses supplémentaires tels que les frais médicaux, les médicaments et la franchise. Les frais de transport ne sont pris en considération qu'en tant que dépenses indispensables à l'exercice d'une profession. Les dettes d'impôt ne sont pas prises en considération dans le calcul du minimum vital du débiteur (ATF non publié 7B.221/2003 du 17 novembre 2003 consid. 2). Seules 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).

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).

6. En l'espèce, il convient donc d'examiner la situation au moment de la décision de compensation, laquelle a été prise en novembre 2012.

Cette décision apparaît justifiée dans la mesure où il ressort des calculs de l'intimée – établis sur la base des revenus tels que ressortant de la taxation fiscale 2010 (mais qui n'ont vraisemblablement guère varié depuis) et sur les relevés bancaires obtenus de la recourante – que le minimum vital de l'intéressée est largement respecté. Là encore, on relèvera que la recourante n'a fourni aucun élément concret permettant de contester les montants retenus par l'intimée.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans ne peut que constater que la caisse était légitimée à procéder à une compensation et rejeter le recours.

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

Statuant

Au fond :

1. Rejette le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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