



### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1947, a déposé une demande de prestations complémentaires auprès du Service des prestations complémentaires (ci-après le SPC ou l'intimé) en date du 5 octobre 2011. Elle a notamment indiqué dans la rubrique « Ressources » une rente de prévoyance professionnelle (ci-après rente LPP) d'un montant de CHF 1'740.-. Elle a produit l'attestation correspondante de la Caisse de pensions paritaire de B\_\_\_\_\_ SA. Madame C\_\_\_\_\_, conseillère sociale du Service social inter-entreprises (SSIE), était indiquée comme personne de contact dans le formulaire.
2. Par décision du 29 novembre 2011, le SPC a nié le droit de l'assurée à des prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> juin 2011. Selon son calcul, les revenus déterminants de l'assurée excédaient ses dépenses reconnues.
3. Par courrier du 27 mars 2012, l'assurée a invité le SPC à réévaluer sa demande de prestations au vu des barèmes en vigueur en 2012.
4. Se référant à un courrier du SPC du 17 avril 2012, l'assurée a transmis à ce dernier un nouveau formulaire de demande ainsi que les pièces nécessaires à la mise à jour de son dossier en date du 9 mai 2012.
5. Répondant à une demande du SPC adressée à l'assurée en date du 24 mai 2012, Mme C\_\_\_\_\_ a confirmé à celui-ci que le SSIE suivait régulièrement l'assurée et l'aidait dans la mise à jour de sa situation administrative.
6. Par décision du 27 juin 2012, le SPC a calculé le droit aux prestations complémentaires de l'assurée dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 et lui a octroyé un subside d'assurance-maladie de CHF 463.- par mois.
7. Par courrier du 17 décembre 2012, le SPC a adressé un plan de calcul des prestations dues à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, selon lequel elle avait droit à un subside d'assurance-maladie de CHF 470.- par mois. Il l'a invitée à vérifier l'exactitude de son calcul, qui tenait notamment compte d'une rente LPP de CHF 20'880.-, et à lui signaler tout changement dans sa situation.
8. Par décision du 19 août 2013, le SPC a octroyé un subside d'assurance-maladie de CHF 470.- par mois à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Son calcul tenait notamment compte d'une rente LPP de CHF 20'880.-.
9. Par courrier-circulaire du 6 décembre 2013, le SPC a rappelé à l'assurée son obligation de le renseigner sur toute modification déterminante pour le droit aux prestations.
10. Le 13 décembre 2013, le SPC a adressé à l'assurée le plan de calcul des prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, qui prenait notamment en considération une rente LPP annuelle de CHF 20'880.- dans les revenus déterminants. L'assurée avait droit à un subside d'assurance-maladie de CHF 483.- par mois.

11. En janvier 2014, l'assurée a transmis au SPC pour remboursement une facture de l'association genevoise des diabétiques, accompagnée d'un décompte de son assurance-maladie.
12. Par courrier-circulaire de décembre 2014, le SPC a rappelé à l'assurée son obligation de le renseigner sur toute modification déterminante pour le droit aux prestations.
13. Selon le calcul des prestations complémentaires adressé par le SPC à l'assurée en date du 15 décembre 2014, mentionnant l'obligation de signaler sans délai toute modification de sa situation, cette dernière avait droit à un subside d'assurance-maladie de CHF 500.- par mois. Le montant de la rente LPP prise en considération s'élevait à CHF 20'880.-.
14. Le 28 avril 2015, le SPC a invité l'assurée à lui communiquer certaines informations et à lui faire parvenir plusieurs pièces nécessaires à la révision de son dossier, dont le justificatif de la rente LPP pour 2014.
15. Par courrier du 21 mai 2015, l'assurée, par Mme C\_\_\_\_\_, a transmis au SPC les informations et pièces requises. Elle a notamment joint un nouveau formulaire de demande de prestations, où elle a indiqué percevoir une rente LPP mensuelle de CHF 1'785.-, ainsi que l'attestation de rente de sa caisse de pensions du 15 décembre 2014 destinée aux autorités fiscales, faisant état d'une rente annuelle de CHF 21'420.-.
16. Selon l'avis de taxation de 2014 que le SPC s'est procuré le 1<sup>er</sup> juin 2015, l'assurée a déclaré une rente LPP de CHF 21'420.-.
17. Par courrier du 4 juin 2015, le SPC a invité le Service de l'assurance-maladie (SAM) à supprimer le droit au subside de l'assurée.
18. Par télécopie du 26 mai 2015 au SPC, le SAM a indiqué qu'il s'était acquitté de subsides à hauteur de CHF 5'796.- en 2014 et de CHF 3'000.- du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015.
19. Par courrier du 17 juin 2015, le SPC a indiqué à l'assurée qu'il avait repris le calcul des prestations complémentaires avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2014 au vu de l'augmentation de sa rente LPP à cette date. Compte tenu de cet élément, les dépenses de l'assurée étaient entièrement couvertes par ses revenus, de sorte qu'elle n'avait plus droit au subside intégral d'assurance-maladie. Il apparaissait également qu'elle avait perçu un montant de CHF 8'796.- en trop, correspondant aux subsides versés du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 juin 2015, dont le SPC demandait le remboursement.

Selon une décision jointe, datée du 9 juin 2015 et établissant le droit aux prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'assurée n'avait droit à aucune prestation.

Une seconde décision, également datée du 9 juin 2015, fixait le montant à rembourser à CHF 8'796.-, soit CHF 5'796.- pour 2014 et CHF 3'000.- pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015.

20. Par courrier du 29 juin 2015, l'assurée a déclaré ne pas s'opposer à la décision de remboursement, mais a sollicité la remise de ce montant. Elle a exposé qu'en mai 2011, elle avait requis une aide administrative du SSIE, qui était le service social de son ex-employeur, car elle avait accumulé du retard dans le règlement de ses factures et le suivi de son courrier. Depuis lors, elle rencontrait Mme C\_\_\_\_\_ une fois par mois pour préparer ses paiements et traiter son courrier. C'est avec cette dernière que l'assurée avait rempli la demande de prestations complémentaires. Mme C\_\_\_\_\_ se chargeait d'adresser chaque mois au SPC les décomptes pour le remboursement des frais médicaux et signalait tout changement dans sa situation financière. L'assurée avait découvert à réception du courrier du SPC du 17 juin 2015 que le relevé mentionnant l'augmentation de la rente LPP ne lui était pas parvenu. Or, Mme C\_\_\_\_\_ était sûre d'avoir fait le nécessaire. Elle ne trouvait toutefois pas trace de cet envoi, de sorte qu'il pourrait s'agir soit d'une perte par la Poste, soit d'un oubli de sa part, mais en aucun cas d'une omission intentionnelle. C'était ainsi en toute bonne foi que l'assurée avait perçu le subside d'assurance-maladie, auquel elle était sûre d'avoir droit. Le remboursement de cette prestation la placerait dans une situation extrêmement difficile. Depuis novembre 2013, elle remboursait CHF 350.- par mois à la Fondation genevoise de désendettement (FdG), qui lui avait octroyé un prêt pour mettre à jour sa situation auprès de ses créanciers. De plus, la suppression du subside d'assurance-maladie bouleverserait son budget dès juillet 2015. L'assurée invitait le SPC à contacter Mme C\_\_\_\_\_ pour obtenir confirmation de ses dires. Elle a joint une copie de son budget ainsi que d'un courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2013 de la FdG, lui octroyant un prêt sans intérêt de CHF 12'600.- à rembourser en 36 mensualités de CHF 350.-.
21. Par décision du 21 juillet 2015, le SPC a refusé d'accorder la remise à l'assurée. La bonne foi, en tant que condition à la remise, ne pouvait être reconnue si le devoir de renseigner le SPC sans retard de tout changement n'avait pas été respecté. En l'espèce, c'est en contrôlant les pièces demandées le 28 avril 2015 que le SPC avait appris l'augmentation de la rente LPP.
22. L'assurée s'est opposée à cette décision le 3 août 2015. Elle a répété qu'elle estimait avoir perçu le subside d'assurance-maladie de bonne foi. Elle avait systématiquement envoyé au SPC chaque année les documents nécessaires à l'évaluation de sa situation. Elle avait remis le document concernant l'augmentation de sa rente à Mme C\_\_\_\_\_ afin que cette dernière le fasse suivre au SPC, comme à son habitude. Mme C\_\_\_\_\_ disait avoir expédié ce document au SPC après le rendez-vous du 6 janvier 2014, mais ne pouvait en fournir de preuve car elle l'avait envoyé avec une simple carte de compliments. L'assurée était alors convaincue que ce document était parvenu au SPC. Un remboursement du subside la mettrait dans une situation de précarité extrême, car elle parvenait à peine à couvrir ses frais

courants. Ses revenus annuels dépassaient les barèmes du SPC de CHF 6'021.-, mais ses primes d'assurance-maladie s'élevaient à CHF 6'081.60. Elle a derechef sollicité la remise.

L'assurée a notamment joint une attestation de Mme C\_\_\_\_\_ du 3 août 2015. Cette dernière y indiquait que le SSIE accompagnait l'assurée dans ses démarches administratives. Depuis mars 2012, les pièces nécessaires à l'évaluation de la situation financière de l'assurée avaient régulièrement été transmises au SPC, si bien que Mme C\_\_\_\_\_ se disait surprise d'apprendre que l'attestation de rente LPP de 2014 n'était pas parvenue à ce service. Elle avait rencontré l'assurée le 6 janvier 2014, et cette dernière avait amené ce document lors de cet entretien. En consultant le journal social, Mme C\_\_\_\_\_ y retrouvait l'information de l'augmentation de la rente LPP avec une note concernant l'envoi dudit document, ainsi que d'un décompte de l'assurance-maladie du 20 décembre 2013 et d'une facture de l'Association genevoise des diabétiques. Mme C\_\_\_\_\_ ne retrouvait pas la copie du courrier d'accompagnement. Elle pensait que le tout avait été envoyé au SPC avec une carte de compliments le jour même, voire le lendemain. Le fait que l'assurée ait transmis à Mme C\_\_\_\_\_ le document attestant de l'augmentation de sa rente était un élément constitutif de sa bonne foi. Les courriers envoyés par l'assurée ou pour son compte démontraient qu'elle avait toujours été soucieuse de communiquer au SPC toute information nécessaire pour statuer sur son droit. Les ressources de l'assurée, compte tenu de la suppression du subside complet, étaient tout juste suffisantes pour couvrir ses charges.

23. Par décision du 2 octobre 2015, le SPC a écarté l'opposition. Il a confirmé avoir reçu un décompte de l'assurance-maladie ainsi qu'une facture de soins médicaux en date du 7 janvier 2014. Il n'avait en revanche aucune trace de l'attestation de la caisse de pensions de l'assurée. Il n'avait ainsi pas eu connaissance de l'augmentation de la rente LPP de l'assurée pendant plus d'un an. Partant, la condition de la bonne foi ne pouvait être reconnue.
24. Par écriture du 2 novembre 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 2 octobre 2015. Elle a conclu à son annulation et à l'octroi de la remise du remboursement de CHF 8'796.-.

Exposant la nature et les modalités de l'aide apportée par Mme C\_\_\_\_\_, la recourante a répété qu'elle avait transmis à cette dernière l'attestation de sa caisse de pensions mentionnant l'augmentation de la rente en date du 6 janvier 2014. Ce document avait été scanné dans son dossier informatique auprès du SSIE, et l'information retranscrite le jour-même dans le journal tenu par Mme C\_\_\_\_\_. Il avait été transmis à l'intimé en même temps qu'une facture médicale et une carte de compliments. Mme C\_\_\_\_\_ ne rédigeait pas systématiquement une lettre d'accompagnement lorsqu'elle transmettait des documents à l'intimé. Seuls quatre envois à l'intimé entre juillet 2012 et octobre 2015 avaient fait l'objet d'un courrier d'accompagnement. Dans le même laps de temps, vingt-quatre documents avaient été adressés à l'intimé avec des cartes de compliments. Les cartes de compliments

---

n'énuméraient généralement pas les documents envoyés et n'étaient pas scannées. L'intimé ne s'était jamais prononcé sur la réception ou la perte de l'attestation de rente. En l'espèce, la recourante avait rempli son devoir d'information envers le SPC. Elle avait en effet transmis le document relatif à l'augmentation de sa rente en date du 6 janvier 2014 à Mme C\_\_\_\_\_. La condition de la bonne foi était partant remplie. Pour le surplus, le journal et le témoignage écrit de Mme C\_\_\_\_\_ établissaient que la recourante lui avait remis l'attestation de rente. On ne saurait ainsi considérer qu'un défaut de transmission de ce document, au demeurant non avéré, correspondrait à une négligence grave. Ni la recourante, ni Mme C\_\_\_\_\_ n'avaient pu se rendre compte que l'augmentation minimale de la rente, à concurrence de CHF 540.- par an, aurait pu avoir pour conséquence la suppression totale du droit au subside de la recourante. En effet, la recourante se serait attendue à une réaction de l'intimé si son droit au subside s'était modifié ou supprimé à la suite de ce changement de revenu. De plus, la transmission en bonne et due forme en janvier 2014 de l'attestation de rente apparaissait pour le moins vraisemblable. L'administration supportait le fardeau de la preuve s'agissant des décisions entraînant un préjudice pour le justiciable. Ainsi, si la chambre de céans ne devait pas considérer que les pièces produites par la recourante démontraient au degré de la vraisemblance prépondérante la transmission de l'attestation de rente à l'intimé, ce dernier supportait l'échec de la preuve. S'agissant de la deuxième condition à la remise, soit la situation difficile, elle était également réalisée dès lors que les dépenses reconnues de la recourante étaient supérieures à ses revenus déterminants.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son recours :

- a. extrait du journal social tenu par Mme C\_\_\_\_\_, qui indique en marge de la date du 6 janvier 2014 : *« Vu Mme, préparé paiements du mois de janvier 2014. rente Lpp 2014 : reçu info d'augmentation de la rente (à envoyer au SPC) ; elle passe à CHF 1'785.-/mois. SAM : elle a à sa charge 7.65/mois car le subside est de CHF 483.-/mois. GFM : envoyé décompte au SPC facture AGD de CHF 206.05. Dentiste : elle a perdu un plombage et souhaite avoir les coordonnées d'un dentiste. Je vérifie pour le remboursement SPC : c'est ok jusqu'à CHF 3000.- sans devis. J'en informe Mme A\_\_\_\_\_ »* ;
- b. copie d'une carte de compliments datée du 11 juillet 2012, portant l'annotation manuscrite suivante *« Veuillez trouver ci-joint les décomptes de l'assurance-maladie de Mme A\_\_\_\_\_ dossier N°I\_\_\_\_\_ . Cordiales salutations »*, ainsi que la signature de Mme C\_\_\_\_\_.

25. Dans sa réponse du 18 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Après avoir exposé les conditions de la remise, il a allégué qu'il n'avait jamais reçu l'attestation de rente. Ce n'était qu'à fin mai qu'il avait pris connaissance de l'augmentation de la rente LPP. La faute d'un mandataire était imputable à une partie. De plus, la recourante avait produit un justificatif d'augmentation de ses revenus et ne s'était pas étonnée de ne recevoir aucune décision de l'intimé à la suite de ce changement de situation. La recourante avait d'ailleurs reçu en

décembre 2014 une circulaire lui rappelant qu'elle était tenue d'informer l'intimé de toute modification de sa situation. La recourante n'avait pas fait preuve de l'attention raisonnablement exigible et n'avait pas réagi aux plans de calcul qui lui avaient été adressés en décembre 2014. Quant à la demande d'arrangement de paiement de la recourante, elle serait examinée par l'intimé une fois que la chambre de céans aurait statué sur la remise.

26. La chambre de céans a procédé à l'audition des parties et a entendu Mme C\_\_\_\_\_ à titre de renseignement en date du 7 décembre 2015.

Mme C\_\_\_\_\_ a confirmé que les mentions apportées à la date du 6 janvier 2014 dans l'extrait de journal produit à l'appui de recours l'avaient été à cette date, et qu'elle ne les avait pas modifiées par la suite. Lorsqu'elle rencontrait la recourante, elle scannait l'ensemble des documents amenés dans le système du SSIE. L'attestation de l'augmentation de rente avait bien été scannée, ce qu'elle avait vérifié avant l'audience. La mention « GFM » était l'acronyme de « gestion des frais médicaux ». La mention dans le journal de l'envoi à l'intimé du seul décompte avec une facture, sans référence au document d'augmentation de la rente, tenait au fait que Mme C\_\_\_\_\_ avait mentionné ce document sous la rubrique « *rente LPP 2014* », sous laquelle était indiqué « (*à envoyer au SPC*) ». Dans le système du SSIE, les collaborateurs procédaient par rubriques séparées dans le journal. A la fin de l'entretien, ils envoyaient tout ce qui devait l'être. Il arrivait d'ailleurs que durant l'entretien, Mme C\_\_\_\_\_ prépare d'ores et déjà, en les mettant de côté, les documents qu'elle devait envoyer ensuite.

Elle avait conseillé à la recourante de ne pas s'opposer à la décision de remboursement, dans la mesure où les calculs paraissaient corrects, en lui expliquant qu'une demande de remise serait déposée dès l'entrée en force de la décision. Elle a confirmé avoir rédigé l'attestation du 3 août 2015. Elle était également l'auteur de l'opposition, qu'elle avait fait signer à la recourante. Elle a confirmé que seuls quatre envois de documents au SPC l'avaient été moyennant des lettres d'accompagnement, alors que vingt-quatre avaient été communiquées avec une simple carte de compliments. Au début, elle avait l'habitude de scanner les formules de compliments mais avait abandonné cette pratique par la suite.

Le représentant de l'intimé a exposé que lorsqu'il procédait à la révision d'un dossier, le gestionnaire imprimait les avis de taxation de l'administration fiscale cantonale, pour lesquels l'intimé disposait d'un accès informatique. Il y apposait le numéro du bénéficiaire, la date à laquelle l'avis était tiré, et son propre trigramme.

La recourante a exposé qu'elle avait perçu de l'intimé un subside d'assurance-maladie et le remboursement de frais médicaux, mais aucune prestation en espèces en sus. Elle ne se rappelait pas la date exacte à laquelle elle avait reçu le courrier de la Caisse de pensions signalant l'augmentation de rente, daté du 23 novembre 2013. Elle pensait que cela devait être dans le courant du mois de décembre. Il s'agissait du document qu'elle avait amené à Mme C\_\_\_\_\_ le 6 janvier 2015. Elle avait sans

doute reçu les décisions et les plans de calcul de l'intimé en 2014, mais elle n'y comprenait pas grand-chose et les transmettait régulièrement à Mme C\_\_\_\_\_. Interrogée sur l'arrangement qu'elle avait sollicité de l'intimé et la proposition de régler par mensualités de CHF 100.-, la recourante a précisé qu'elle n'avait pas reçu de réponse à son courrier mais qu'elle confirmait sa proposition de rembourser l'intimé selon ces modalités en cas de rejet du recours.

Le représentant de l'intimé a souligné qu'il ne s'agissait pas de porter un jugement de valeur sur la bonne foi au sens moral de la recourante, mais il constatait qu'il n'avait pas la preuve formelle que l'attestation de rente lui avait bien été transmise. Pour des raisons d'égalité de traitement entre les bénéficiaires de prestations, il était impossible de consentir une exception à sa pratique. S'agissant des modalités de remboursement, l'intimé les accordait systématiquement, sous réserve d'éléments démontrant la possibilité de rembourser immédiatement et de la durée maximale du remboursement, qui était en principe de cinq ans. Par rapport à un montant de plus de CHF 8'000.-, la durée de remboursement par mensualités de CHF 100.- serait à peu près de sept ans. Le représentant de l'intimé ne pouvait donc pas prendre de décision sur le champ.

A l'issue de l'audience, 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

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

2. a) En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC - J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).
- b) S'agissant des prestations complémentaire cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit.
- c) En l'espèce, le recours a été interjeté dans les forme et délai légaux de sorte qu'il est recevable (art. 56ss LPGA).

3. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC).

Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

4. Le litige porte sur la remise de l'obligation de restituer le montant de CHF 8'796.- correspondant aux subsides d'assurance-maladie indûment versés, plus particulièrement sur le point de savoir si la condition de la bonne foi est réalisée.
5. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

Aux termes de l'art. 2 al. 1 let. a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA – RS 830.11), le bénéficiaire des prestations allouées indûment ou ses héritiers sont soumis à l'obligation de restituer.

En vertu de l'art. 4 al. 1 OPGA, la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile.

6. Conformément à l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

L'art. 24 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI - RS 831.301) prévoit que 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.

La personne concernée par la modification doit se conformer à son obligation de renseigner en personne (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd. 2015, n. 18 ad art. 31 LPGA ; SVR 1995 IV n° 58 consid. 5b).

7. La bonne foi est présumée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 3/01 du 25 mai 2001 consid. 3b). Savoir si cette condition de la remise est réalisée doit être déterminé dans chaque cas à la lumière des circonstances concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.1).

Selon la jurisprudence, l'ignorance, par l'assuré, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations versées ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_353/2009 du 3 février 2010 consid. 2.1). 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 imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2010 du 31 août 2010 consid. 4.1). 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 176 consid. 3d). En revanche, l'assuré 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_474/2009 du 21 août 2009 consid. 2).

En règle générale, l'assuré peut se prévaloir de sa bonne foi lorsqu'il s'est conformé à son obligation de renseigner ou d'annoncer et à ses autres devoirs légaux de collaboration (Ulrich MEYER-BLASER, Die Rückerstattung von Sozialversicherungsleistungen, ZBJV 1995 p. 481).

La notion de bonne foi a donné lieu à la casuistique suivante. Cette condition a été considérée comme remplie dans les cas suivants : assuré qui recourt contre une décision de suppression de rente et continue de la percevoir malgré le retrait de l'effet suspensif au recours par l'assurance ; assuré au bénéfice d'une rente de couple qui n'annonce le décès de son épouse ni à la caisse de compensation ni à l'assurance-invalidité, mais le mentionne à plusieurs reprises aux médecins experts désignés par l'assurance-invalidité ; bénéficiaire de prestations complémentaires de 85 ans, atteinte dans sa santé, qui n'annonce pas son déménagement dans un logement meilleur marché (MEYER-BLASER, *op. cit.*, p. 483 et les références). Le Tribunal fédéral a en outre confirmé que seule une négligence légère peut être retenue à l'encontre d'une bénéficiaire de prestations complémentaires souffrant d'une certaine confusion, qui informe uniquement la caisse de compensation du décès de son époux, à l'exclusion des autres assureurs, ce qui ne suffit pas à nier sa bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral P 36/02 du 23 décembre 2002 consid. 3.2).

Notre Haute Cour a en revanche considéré qu'un bénéficiaire de prestations complémentaires qui passe sous silence l'augmentation du revenu de son épouse, en violation de son obligation de renseigner, commet une négligence grave excluant toute bonne foi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 17/03 du 3 février 2004 consid. 4.1), à l'instar d'un assuré qui ne communique pas les revenus liés à sa nouvelle activité salariée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 32/06 du 14 novembre 2006 consid. 4.3) et d'une assurée ayant enfreint son obligation de renseigner (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 18/04 du 7 décembre 2004 consid. 3.3). Elle a également considéré que lorsqu'un couple ne réagit pas à une décision erronée accroissant les prestations complémentaires versées, alors qu'il avait annoncé la perception d'une nouvelle rente devant aboutir à une diminution

des prestations, la condition de la bonne foi n'est pas réalisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_189/2012 du 21 août 2012 consid. 4).

8. La bonne foi est une condition de la remise qui se rattache à la personne physique ou morale du bénéficiaire de la prestation induite. La jurisprudence admet une exception à ce principe lorsqu'il existe un rapport de représentation légale ou contractuelle, la négligence du représentant pouvant en principe être imputée à la personne représentée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 368/01 du 27 mars 2002 consid. 4 b). Un pupille doit ainsi se laisser opposer le comportement de son représentant légal, et notamment une violation du devoir de renseigner dans le cadre d'une obligation de restituer (ATF 112 V 97 consid. 3b). Le Tribunal fédéral a également admis que dans le cadre d'une remise, l'employeur doit se laisser imputer les éventuelles erreurs du représentant ou de l'auxiliaire auquel il a eu recours pour remplir ses obligations d'aviser et de renseigner (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 18/01 du 11 juin 2002 consid. 3a). La notion d'auxiliaire doit être interprétée de manière large et s'appliquer non seulement à celui qui est soumis à l'autorité de la partie ou de son mandataire, mais encore à toute personne qui, même sans être dans une relation juridique permanente avec la partie ou son mandataire, lui prête son concours (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_734/2012 du 25 mars 2013 consid. 3.3). En outre, selon la jurisprudence, une assurée qui n'est pas au bénéfice d'une mesure de curatelle ne peut se dégager de sa responsabilité de donner des informations exactes au motif que le formulaire de demande de prestations a été rempli par un tiers (ATF 110 V 176 consid. 3d).

On peut également rappeler qu'en matière de droit procédural, lorsqu'une partie doit accomplir un acte dans un certain délai sous peine d'irrecevabilité, par exemple une avance de frais, et qu'elle confie cette tâche à un auxiliaire, le comportement de celui-ci doit être imputé à la partie elle-même, ou à son mandataire si l'auxiliaire agit à la demande de ce dernier. Celui qui a l'avantage de pouvoir se décharger sur un auxiliaire pour l'exécution de ses obligations doit aussi en supporter les inconvénients (arrêt du Tribunal fédéral 2P.264/2003 du 29 octobre 2003 consid. 2.1). La Poste est considérée comme un auxiliaire (ATF 119 II 232 consid. 2).

9. 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non

---

prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

10. D'après la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Ce degré suppose en règle générale la notification d'une décision par courrier recommandé, la preuve au degré de la vraisemblance prépondérante de la notification d'une décision ne pouvant résulter d'une simple description du déroulement usuel des tâches administratives (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve ou de vraisemblance prépondérante en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2). La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_433/2015 du 1<sup>er</sup> février 2016 consid. 4.1).

Ces principes sont applicables mutatis mutandis s'agissant de l'envoi de documents à une administration fondant un droit de l'assuré.

En l'espèce, on peut considérer comme établi que la recourante a remis l'attestation de rente du 23 novembre 2013 à Mme C\_\_\_\_\_, qui devait l'expédier à l'intimé. Ce dernier affirme cependant ne pas avoir reçu ce document. Rien ne permet de mettre en cause cette affirmation. Il n'existe en particulier aucun indice permettant d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intimé aurait en réalité eu connaissance de l'augmentation de la rente LPP avant mai 2015. On ne peut notamment pas considérer que l'extrait du journal soit suffisant à établir la vraisemblance prépondérante de l'envoi de l'attestation de rente en janvier 2014, eu égard à la jurisprudence citée. De plus, Mme C\_\_\_\_\_ a inscrit que l'attestation de rente était « à envoyer » à l'intimé, ce qui démontre que cette démarche n'était – à tout le moins au moment de la mise à jour du journal – pas encore accomplie, contrairement aux factures médicales qui sont bien parvenues à l'intimé en janvier 2014, et au sujet desquelles Mme C\_\_\_\_\_ a inscrit qu'elles avaient été envoyées. Dans ces conditions, conformément aux principes dégagés par le Tribunal fédéral, la recourante supporte l'échec de la preuve de l'envoi. Le raisonnement de la recourante, selon lequel le fardeau de la preuve appartient à l'intimé, ne saurait être suivi. Si ce dernier doit en règle générale prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, les éléments conduisant à la suppression de prestations, c'est à la

recourante qu'il incombe de démontrer qu'elle s'est bien acquittée de son obligation de renseigner puisqu'elle entend en tirer un droit, liée à la reconnaissance de sa bonne foi en tant que condition de la remise.

Au vu des explications de la recourante et de Mme C \_\_\_\_\_, il apparaît que celle-ci voulait déclarer l'augmentation de sa rente LPP à l'intimé. Partant, aucune intention dolosive ne peut lui être reprochée. Toutefois, comme cela ressort de la jurisprudence et de la doctrine citées, le critère déterminant pour l'admission de la bonne foi est de savoir si un assuré s'est conformé à son obligation de renseigner. En l'occurrence, dès lors que la recourante était consciente de son obligation d'informer l'intimé de la modification de la rente LPP qu'elle percevait, on ne peut considérer que le fait qu'elle n'y ait pas donné suite – même si cela ne résulte pas d'une omission volontaire – relève d'une simple négligence. Le fait qu'elle ait chargé le SSIE de cette tâche ne suffit pas à reconnaître sa bonne foi, puisqu'elle répond de la négligence de ses auxiliaires.

La chambre de céans précisera encore qu'il ne lui appartient pas d'examiner l'éventuelle responsabilité du SSIE dans le défaut de transmission de l'attestation de rente à l'intimé, dès lors que ce point relève des relations entre la recourante et le SSIE et non d'un litige d'assurances sociales.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans doit confirmer la décision attaquée.

11. Le recours sera rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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