

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4023/2018

ATAS/139/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 février 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENTHOD

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1947, est au bénéfice de prestations complémentaires depuis 2012.
2. Le 8 août 2016, l'assuré a annoncé au service des prestations complémentaires (ci-après SPC) qu'il avait conclu un partenariat enregistré avec Monsieur B_____ et demande s'il peut obtenir une aide pour la prime d'assurance-maladie de ce dernier jusqu'à ce qu'il ait trouvé un emploi.
3. Par décision du 20 mars 2017, le SPC l'a informé que suite à son « mariage », le versement des prestations était interrompu dès le 30 avril 2016, une décision pour couple valable à compter du 1^{er} mai 2016 devant être établie. Il est ainsi apparu que des prestations à hauteur de CHF 5'973.- avaient été versées en trop du 1^{er} mai 2016 au 31 mars 2017.

Par décision du 30 mars 2017, le SPC a réclamé le remboursement du subside de l'assurance-maladie pour le montant de CHF 3'812.10 pour le même motif.

4. L'assuré a contesté les deux décisions le 26 avril 2017. Il ne comprend pas pour quelle raison un gain potentiel a été retenu pour son compagnon et précise que celui-ci travaille sur appel et ne gagne de CHF 18.03 brut de l'heure. Il souligne que « nous faisons tout notre possible pour trouver un emploi complémentaire ou un autre emploi à 100%. En plus, mon partenaire n'a pas de prestations de chômage, puisqu'il n'avait pas cotisé avant son arrivée en Suisse en mai 2016 ».
5. Par décision du 7 novembre 2017, le SPC a rejeté l'opposition. Il rappelle que le dossier de l'assuré a été repris au 1^{er} mai 2016 pour tenir compte de son contrat de partenariat enregistré du 19 mai 2016. Depuis cette date, le SPC a inclus le partenaire dans les plans de calcul. Constatant que, depuis son arrivée en Suisse, celui-ci avait travaillé à temps partiel, il a estimé le gain potentiel qui aurait pu être réalisé à plein temps, sur la base du barème ESS pour un homme de moins de 55 ans, dans le cadre d'une activité simple et répétitive ne nécessitant pas de qualification particulière, soit CHF 61'568.30 en 2016, et CHF 62'060.10 en 2017, montants desquels il a déduit le gain d'activité effectivement réalisé.
6. Par courrier du 13 novembre 2017, l'assuré a sollicité la remise de l'obligation de rembourser la somme dont le paiement lui est réclamé, alléguant que « ma situation financière est désastreuse ». Il ajoute que son partenaire est reparti le 30 octobre 2017 pour le Togo, dès lors qu'il ne trouvait pas de travail en Suisse.

Le 29 mars 2018, l'assuré a informé le SPC que, par jugement du 26 mars 2018, le Tribunal de première instance avait dissous le partenariat enregistré.

7. Par décision du 20 juillet 2018, le SPC a refusé d'accorder à l'assuré la remise, au motif que ce n'est que le 8 août 2016 que l'assuré lui avait annoncé son changement de situation survenu le 19 mai 2016. Il rappelle que chaque année, une lettre intitulée « communication importante » est adressée à tous les bénéficiaires

du SPC, aux termes de laquelle leur attention est attirée sur le fait que tout changement dans la situation personnelle doit être signalé sans délai.

8. L'assuré a formé opposition le 16 août 2018. Il fait valoir qu'il a écrit le 20 mai 2016 déjà à ce propos. Il joint à son opposition copie de ce courrier, aux termes duquel « pour information et à toutes fins utiles, je vous fais parvenir en annexe un acte de partenariat du 19 mai 2016 fait par le service de l'état civil de Chambésy. Merci d'en prendre note ».
9. Par décision du 25 octobre 2018, le SPC a confirmé sa décision du 20 juillet 2018. Il reproche à l'assuré de n'avoir pas fait preuve d'une attention plus soutenue dans l'examen des communications reçues et de ne pas lui avoir signalé plus tôt la conclusion de son partenariat enregistré.
10. L'assuré a interjeté recours le 14 novembre 2018 contre ladite décision. Il se dit scandalisé par la façon dont le SPC ignore son courrier du 20 mai 2016. Il fait ainsi valoir qu'il a été de bonne foi.
11. Dans sa réponse du 14 décembre 2018, le SPC a conclu au rejet du recours. Cela étant, il a informé la chambre de céans que l'intégralité de la somme de CHF 9'785.10 avait été passée en irrécouvrable, si bien qu'en tout état de cause, elle ne serait pas réclamée à l'assuré, sauf retour à meilleure fortune.
12. Sur ce, 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), la CJCAS 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), ainsi que sur celles prévues à l'art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05). La chambre de céans est donc compétente pour statuer sur le recours, dès lors que celui-ci est dirigé contre une décision sur opposition rendue en application des lois précitées.

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

2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} 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).

3. Le litige porte sur le droit du SPC de refuser à l'assuré la remise de l'obligation de rembourser les sommes de CHF 5'973.- et de CHF 3'812.10, étant rappelé que les décisions des 20 et 30 mars 2017, et la décision sur opposition du 7 novembre 2017 fixant le principe et le montant de la restitution sont entrées en force.
4. Aux termes de l'art. 60 LPA, a qualité pour recourir quiconque est particulièrement atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 103 let. a aOJ, l'intérêt digne de protection consiste en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, l'intéressé doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision ; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 131 V 300 consid. 3 et les références citées).

En l'espèce, le SPC a informé la chambre de céans que l'intégralité de la somme de CHF 9'785.10 avait été passée en irrécouvrable.

Il y a, ce nonobstant, lieu d'admettre que l'assuré conserve un intérêt digne de protection à l'admission du recours, dans la mesure où s'il revenait à meilleure fortune, et si la décision litigieuse entraînait en force, il pourrait être tenu au remboursement.

5. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38, 56 et 60 LPGA ; art. 43 LPCC).
6. Aux termes de l'art. 25 al. 1 1^{ère} phrase LPGA, en relation avec l'art. 2 al. 1 let. a de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA; RS 830.11), les prestations indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire ou par ses héritiers. Au niveau cantonal, l'art. 24 al. 1 1^{ère} phrase LPCC prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées.
7. a. À teneur de l'art. 25 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 (al. 1^{er}).

La teneur de cette disposition est répétée pour les PCF à l'art. 5C LPFC et pour les PCC à l'art. 24 al. 1 LPCC et, par le biais d'un renvoi par analogie à l'art. 25 LPGA, pour les subsides d'assurance-maladie à l'art. 33 al. 1 LaLAMal.

Selon l'art. 4 al. 1 et 2 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 (al. 1), est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire (al. 2).

b. La remise de l'obligation de restituer est donc soumise à deux conditions cumulatives : la bonne foi de l'assuré et sa situation financière difficile.

La bonne foi doit faire l'objet d'un examen minutieux dans chaque cas particulier. Elle doit notamment être niée lorsque le versement indu de la prestation a pour origine le comportement intentionnel ou la négligence grave de la personne tenue à restitution. Tel est le cas lorsque des faits ont été tus ou des indications inexactes données intentionnellement ou à la suite d'une négligence grave. Il y a ainsi faute grave chaque fois que la nécessité d'annoncer un changement survenu est évidente (RCC 1986 p. 668), en d'autres termes, chaque fois que l'intéressé ne se conforme pas à ce qui peut être raisonnablement exigé d'une personne capable de discernement, se trouvant dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (cf. ATF 112 V 103 consid. 2c, 110 V 180 consid. 3c ; arrêt non publié du TFA du 20 janvier 2007, C 93/2005).

Selon l'art. 5 al. 1 OPGA, il y a situation difficile, au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA, lorsque les dépenses reconnues par la LPC et les dépenses supplémentaires au sens de l'al. 4 sont supérieures aux revenus déterminants selon la LPC.

c. 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 aussi d'aucune négligence grave.

La bonne foi est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer – comme une violation du devoir d'annoncer ou de renseigner – sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. On parlera de négligence grave lorsque l'ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans des circonstances identiques (cf. ATF 110 V 176 consid. 3d p. 181). 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 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. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce à la caisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était induite (art. 3 al. 2 CC; ATF 130 V 414 consid. 4.3, arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2011 du 13 février 2012 consid. 3). L'assuré peut en revanche 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 138 V 218 consid. 4 p. 220 s.; 112 V 97 consid. 2c p. 103 et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_474/2009 du 21 août 2009 consid. 2 et 9C_638/2014 du 13 août 2015).

d. Selon l'art. 31 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 (al. 1). Toute personne ou institution participant à la mise en œuvre des assurances sociales a l'obligation d'informer l'assureur si elle apprend que les circonstances déterminantes pour l'octroi de prestations se sont modifiées (al. 2).

Selon 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.

8. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6; ATF 117 V 261 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

De plus, quand bien même la procédure est régie par le principe inquisitoire, ce principe est limité 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 preuve (ATF 125 V consid. 2 et les références). 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 déduire un droit de l'état de fait non prouvé (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 294/02 du 20 novembre 2002).

Autrement dit, si malgré les moyens mis en œuvre par le juge pour établir la réalité d'un fait allégué par une partie, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance suffisante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (SPIRA, Le contentieux de la sécurité sociale, in : 100 ans de sécurité sociale en Suisse, Cahiers genevois de la sécurité sociale 1990 N° 7, p. 131).

9. En l'espèce, le SPC a refusé d'accorder à l'assuré la remise de l'obligation de restituer les prestations versées en trop du 1^{er} mai 2016 au 31 mars 2017. Il considère que celui-ci a failli à son obligation de le renseigner en ne l'informant que le 8 août 2016 qu'il avait conclu un contrat de partenariat le 19 mai 2016 au sens de l'art. 13 al. 1 LPGA.

L'assuré fait valoir qu'en réalité il avait écrit au SPC le 20 mai 2016 déjà. Il produit pour preuve une copie du courrier y relatif. Force est toutefois de constater que celui-ci ne figure pas dans le dossier du SPC. L'assuré n'a ainsi pas été à même de prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il avait bel et bien envoyé ce courrier. Il existe certes une possibilité qu'il l'ait fait, - sauf à imaginer qu'il ait créé un faux document -, le degré de vraisemblance n'est cependant pas suffisant pour emporter la conviction du juge.

Il y a lieu de conclure que l'assuré ne s'est pas conformé à son obligation de renseigner.

Or, il n'est pas contestable que l'obligation de renseigner a été signalée en bonne et due forme à l'assuré dans le formulaire de demande de prestations puis expressément rappelée à intervalles réguliers. Il ne pouvait donc ignorer les devoirs qui lui incombaient à ce titre, de sorte qu'une négligence doit lui être reprochée.

10. Reste à qualifier la gravité de cette négligence. En effet, la bonne foi d'un assuré ne peut être niée que lorsque l'acte ou l'omission fautif constitue une violation grave de l'obligation d'annoncer ou de renseigner.

Il y a lieu de constater en l'espèce que le but de l'assuré, lorsqu'il écrit au SPC le 8 août 2016, n'est pas de l'informer, mais de lui demander si la prise en charge de la prime d'assurance-maladie de son partenaire peut être envisagée. Il annonce ce faisant le partenariat conclu. On peut dès lors exclure qu'il ait délibérément tu l'existence du partenariat enregistré jusque-là. Il convient également de relever que sa démarche intervient moins de trois mois après. La chambre de céans est ainsi d'avis que la violation de renseigner ne saurait, compte tenu du délai relativement court qui s'est écoulé entre la conclusion du contrat de partenariat enregistré et le moment où il en a informé le SPC, être qualifiée de grave et ne constitue, partant, qu'une négligence légère, laquelle n'exclut pas la réalisation de la bonne foi.

Le Tribunal fédéral a de même considéré qu'on ne pouvait reprocher une violation de son devoir d'informer à une recourante qui avait averti l'autorité de son changement de situation deux mois après. Il s'est en revanche interrogé sur le fait que celle-ci avait continué à percevoir des prestations équivalentes à celles qu'elle recevait avant son changement de situation sans s'inquiéter du bien-fondé des versements (arrêt 9C_496/2014).

Il s'agit dès lors de déterminer en l'espèce si l'assuré devait s'attendre à ce que le montant des prestations reçu soit diminué depuis la conclusion du contrat de partenariat. Il importe à cet égard de relever que l'assuré, dans son opposition du 26 avril 2017, dit ne pas comprendre pour quelle raison un gain potentiel est retenu pour son partenaire, alors que celui-ci travaille sur appel, ne gagne que CHF 18.03 brut de l'heure et ne peut prétendre aux indemnités chômage. Il est vraisemblable dans ces conditions, au degré requis par la jurisprudence, que l'assuré n'imaginait pas qu'un gain potentiel serait calculé et aurait une influence sur le montant de ses prestations. On ne saurait dès lors lui reprocher de ne pas s'être inquiété auprès du SPC de ce que les prestations complémentaires reçues restaient inchangées, ce jusqu'au 20 mars 2017.

Aussi le recours est-il admis. Il n'apparaît pas nécessaire de renvoyer la cause au SPC pour examen de la charge trop lourde, la réalisation de la condition de la situation financière ayant d'ores et déjà été admise par le SPC, vu sa décision de faire passer d'ores et déjà l'intégralité de la somme de CHF 9'785.10 dans les irrécouvrables.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 25 octobre 2018 et dit que la remise de l'obligation de rembourser la somme de CHF 9'785.10 est accordée.
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). 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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