RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4434/2020 **ATAS/949/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 septembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VERNIER, représenté par AXA ARAG Protection juridique	recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1982, a obtenu par décision de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimée) du 18 décembre 2018, une mesure de reclassement professionnel. En date du 21 décembre 2018, l'OAI a décidé de verser des indemnités journalières à l'assuré, pour un montant journalier de CHF 155.27 à partir du 7 janvier 2019, et ceci uniquement durant la période de réadaptation.

2. Par décision du 19 mars 2019, le montant de l'indemnité journalière a été porté par l'OAI à CHF 164.80. Le versement de l'indemnité journalière a ensuite été prolongé par décision du 30 août 2019.

3. Par courrier du 20 mai 2020, l'OAI a informé la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) de l'arrêt définitif, pour raisons médicales, de toutes les mesures prévues, par communication relative à l'assuré et ceci dès le 15 mai 2020.

4. Par décision de restitution du 4 juin 2020, l'OAI a demandé à l'assuré la restitution du montant versé à tort, pour la période allant du 15 mai au 31 mai 2020, de CHF 2'623.-, totalisant 15 jours d'indemnités journalières à CHF 164.80 par jour, sous déduction des cotisations légales. La motivation de la décision était que la caisse avait procédé au versement des indemnités journalières dues pour la période allant du 1er au 31 mai 2020, mais n'avait été informée qu'en date du 3 juin 2020 de l'arrêt définitif des mesures de réadaptation au 15 mai 2020. Il était encore mentionné qu'une demande de remise de l'obligation de restituer, dûment motivée, pouvait être adressée par écrit dans les 30 jours qui suivaient l'entrée en force de la présente décision.

5. Par courrier du 22 juillet 2020, l'assurance juridique de l'assuré a fait suite à la décision de restitution du 4 juin 2020 qui était entrée en force dans intervalle, et a demandé la remise de l'obligation de restituer conformément à l'article 25 alinéa 1 LPGA. À l'appui de sa demande, le mandataire de l'assuré a exposé que ce dernier pensait de bonne foi que les indemnités journalières lui étaient dues et versées conformément à son droit, dès lors que l'arrêt définitif des mesures de réadaptation avait été communiqué le 14 mai 2020 par courrier recommandé, précédé par e-mail, ce qui avait entraîné que l'assuré était en droit de penser que l'argent perçu à la fin du mois de mai l'était à juste titre. Il était ajouté que l'assuré était à ce jour sans aucun revenu et qu'une restitution d'un montant de CHF 2'623.- le mettrait dans une situation financière très difficile.

6. Par courrier du 30 juillet 2020, la caisse a répondu à l'assuré, précisant que les indemnités journalières concernant le mois de mai lui avaient été versées en date du 28 mai 2020.

   Or, ce n'était qu'en date du 4 juin 2020 que la caisse avait reçu l'information de l'interruption de la mesure « via le canal d'échange sécurisé de l'OAI ». Il résultait de cette chronologie que l'OAI avait informé l'assuré de l'interruption de la mesure

assortie d'indemnités journalières par courrier du 20 mai 2020, mais que l'assuré n'avait pas jugé utile d'informer la caisse de compensation lorsqu'il avait reçu le montant de CHF 4'783.10 qui correspondait à la totalité des indemnités pour le mois de mai 2020. Dès lors, le critère de la bonne foi n'était pas rempli, ce qui excluait les possibilités d'une remise.

7. Par courrier du 28 août 2020, le mandataire de l'assuré a répété son argumentation selon laquelle le critère de la bonne foi était rempli et que l'assuré se trouvait actuellement dans une situation financière particulièrement difficile. Il était ajouté qu'il serait disproportionné de retenir une négligence grave entraînant la négation de la bonne foi de l'assuré, dès lors que ce dernier, comme de coutume, avait reçu ses indemnités journalières à la fin du mois de mai et avait de bonne foi pensé que celles-ci lui étaient dues.

8. Par courrier du 19 avril 2021, la caisse a transmis à la chambre de céans pour raison de compétence le recours de l'assuré du 28 août 2020, expliquant que la caisse avait malencontreusement assimilé à une opposition ordinaire son courrier du 30 juillet 2020.

9. Par réponse du 29 juin 2021, la caisse a rappelé la chronologie des événements, ajoutant que l'assuré savait pertinemment qu'en cessant de participer physiquement aux mesures de réadaptation professionnelle dès le 15 mai 2020 pour raisons médicales, il savait n'avoir plus droit au versement des indemnités journalières jusqu'à la fin du mois. Sachant cela, il ne pouvait pas prétendre être en droit de percevoir les 14 jours d'indemnités journalières pour la fin du mois de mai 2020 et devait s'attendre à ce que ce montant indûment versé lui soit réclamé, « en bon assuré, il aurait pu à tout le moins éviter de le dépenser et interpeller la caisse » ; dès lors, sa bonne foi ne pouvait pas être retenue dans cette affaire ; compte tenu de ces éléments, la caisse concluait au rejet du recours, tout en indiquant qu'elle était disposée à accorder un arrangement de paiement à l'assuré, pour qu'il rembourse sa dette de manière échelonnée, sur une durée de cinq ans maximum.

10. Par réplique du 30 juillet 2021, le mandataire de l'assuré a fait valoir à nouveau la bonne foi de ce dernier, tout en ajoutant que la question de la capacité du discernement de l'assuré durant cette période se posait, en raison de l'aggravation de son état de santé et de multiples facteurs de stress extérieur. Il était donc nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire afin examiner si ses capacités psychiques n'avaient pas pu être altérées, l'empêchant de bonne foi de se rendre compte qu'il devait interpeller l'office à réception des indemnités journalières à fin mai 2020, alors que ces dernières étaient indues, mais qu'il pensait y avoir droit. L'assuré invoquait encore le fait qu'une expertise psychiatrique avait été ordonnée dans le dossier de l'AI et qu'il eût été utile d'en attendre les résultats avant de prendre une décision. En annexe à la réplique, était joint un courrier du 30 mars 2021, de la clinique romande de réadaptation à Sion, concernant le mandat d'expertise médicale de l'assuré que lui avait confié l'OAI et fixant un rendez-vous à l'assuré en date du 18 mai 2021.

11. Par duplique du 17 août 2021, la caisse a maintenu sa position, ajoutant que l'examen rétrospectif du dossier de l'assuré établissait sa résistance réitérée à collaborer efficacement aux divers contrôles ordonnés par l'OAI, l'assuré annulant unilatéralement des rendez-vous, sans prévenir en temps utile, alors qu'il était toujours prompt à interpeller la caisse aussitôt que ses indemnités journalières n'étaient pas versées sur son compte bancaire au jour dit. Selon la caisse, l'aggravation de l'état de santé du recourant n'avait nullement entaché sa capacité de discernement. La caisse ajoutait que c'était à bien plaire qu'elle avait requis uniquement la restitution de CHF 2'623.- pour la période allant du 15 au 31 mai 2020, alors que l'assuré avait déclaré avoir cessé toute activité pour raisons de maladie en date du 17 février 2020, ce qui aurait pu conduire la caisse à réclamer le remboursement des indemnités journalières versées, dès le 18 février 2020, ces dernières étant subordonnées à une participation active de l'assuré aux mesures de réadaptation.

12. Sur ce, la cause été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le 28 août 2020, le mandataire de l'assuré a adressé, par erreur, à l'OAI une « opposition » à sa décision du 30 juillet 2020. Cette écriture a été transmise pour raison de compétence à la chambre de céans, en date du 19 avril 2021, qui l'a enregistrée comme recours.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement, auprès d'une autorité incompétente qui l'a transmis à la chambre de céans, le recours est recevable (art. 39 al. 2, 56 à 61 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a et art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la demande de restitution par l'assuré du montant de CHF 2'623.-, singulièrement sur la question de savoir si la condition de la bonne foi de l'assuré est remplie.

5. L'art. 25 al. 1 et 2 LPGA prévoit que 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 (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation.

Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2).

6. Selon l'art. 4 al. 1 et 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), 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). La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.

7. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

   b. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'espèce, l'OAI a informé directement la caisse, par courrier du 20 mai 2020, de l'arrêt définitif, pour raisons médicales, de toutes les mesures prévues, ceci dès le 15 mai 2020.

Ce nonobstant, la caisse a procédé au versement, en date du 28 mai 2020 de l'intégralité des indemnités journalières du mois de mai 2020 sur le compte bancaire de l'assuré.

La restitution a été demandée à l'assuré par décision du 4 juin 2020 de l'OAI, non contestée par l'assuré.

Dans sa décision du 30 juillet 2020, la caisse reproche à l'assuré de n'avoir « pas jugé utile d'informer la caisse de compensation lorsque vous avez reçu le montant de CHF 4'783.10 qui correspondait à la totalité des indemnités du mois de mai ».

Elle ajoute « notre caisse de compensation a reçu l'information de l'interruption de votre mesure via le canal d'échange sécurisé de l'office de l'assurance-invalidité en date du 4 juin 2020. La décision de restitution des prestations versées à tort suite à l'interruption prématurée de votre reclassement était établie dès la connaissance de l'information ». La caisse ajoute que « l'office de l'assurance-invalidité vous a informé de l'interruption de votre mesure assortie d'indemnités journalières AI par courrier du 20 mai 2020 ».

Or, il n'en est rien.

Les pièces fournies par l'OAI montrent que l'assuré et la caisse de compensation ont été tous deux informés, par un courrier du 20 mai 2020, de l'arrêt définitif de toutes les mesures, à compter du 15 mai 2020, ce qui impliquait l'arrêt du versement des indemnités journalières.

La caisse peut difficilement reprocher à l'assuré de ne pas l'avoir informée de cette interruption, alors que ce dernier avait reçu, en principe en même temps que la caisse, la décision de l'OAI d'interruption de la mesure assortie d'indemnités journalières.

Aucune des parties n'a été en mesure d'établir à quel moment exactement le courrier du 20 mai 2020 avait été remis à ses destinataires, mais on peut postuler, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les deux courriers du 20 mai 2020 ont été affranchis de la même manière, confiés à la Poste de la même façon et très probablement arrivés à leurs destinataires (l'assuré et la caisse) le même jour.

À cet égard, la version de l'intimé varie ; selon sa réponse du 29 juin 2021 (en haut de la page 2), le courrier de l'OAI du 20 mai 2020 aurait été réceptionné par la caisse le 4 juin 2020, alors que selon la décision du 4 juin 2020 (3ème paragraphe), la caisse aurait été informée « en date du 3 juin ».

C'est ici l'occasion de rappeler que l'OAI a la charge de la preuve que ce n'est que le 3 ou le 4 juin 2020 que la caisse a réceptionné le courrier du 20 mai 2020, d'une part, et que, d'autre part, l'assuré aurait reçu le même courrier du 20 mai 2020 bien avant le 3 ou le 4 juin 2020 et n'aurait pas réagi.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas établi au niveau de la vraisemblance prépondérante que l'assuré a volontairement ou négligemment tardé à informer la

caisse de l'interruption des mesures, dans le but de s'approprier des indemnités journalières indues jusqu'à la fin du mois de mai 2020.

Étant ajouté qu'en l'absence de documents idoines, on ne saurait admettre au niveau de la vraisemblance prépondérante que l'assuré avait été informé du montant de la bonification, reçue le 28 mai 2020 sur son compte bancaire, avant le 3 ou le 4 juin 2020.

Compte tenu de la brièveté du laps de temps dans lequel le recourant pouvait intervenir et du retard pris par l'OAI pour informer la caisse, par courrier du 20 mai 2020, mais prétendument réceptionné par la caisse 13 ou 14 jours plus tard, la chambre de céans considère que l'absence de bonne foi du recourant n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Étant précisé que les éléments accessoires allégués par la caisse dans sa duplique du 17 août 2021, selon lesquels le recourant serait prompt à réagir aux retards de paiement, mais peu enclin à se rendre aux convocations de l'OAI, ne sont établis par aucune pièce et ne peuvent être retenus au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans considère également qu'il n'est pas nécessaire, comme cela a été demandé par le conseil du recourant, de réaliser une expertise judiciaire afin de déterminer la capacité de discernement du recourant au mois de mai 2020.

10. S'agissant de la deuxième condition permettant d'obtenir une remise de l'obligation de restitution, soit la situation financière difficile de l'assuré, le dossier ne permet pas, en l'état, de se prononcer avec certitude sur la réalisation de cette condition.

    Dès lors, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il se détermine sur la situation financière du recourant et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.

11. Le recourant, représenté par un mandataire professionnellement qualifié, obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RFPA - RS E 5 10.03).

12. L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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 30 juillet 2020 et renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
3. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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