

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/9/2018

ATAS/688/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 août 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, représenté par
PROTEKTA assurance de protection juridique SA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1953, et son épouse, Madame B_____, née le _____ 1953, tous deux de nationalité portugaise, sont installés en Suisse, dans le canton de Genève, depuis respectivement mai 1976 et janvier 1982. Ils sont titulaires d'un livret C.
2. L'assuré est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) depuis le 1^{er} octobre 1996.
3. Le 8 mai 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal des personnes âgées (ci-après : OCPA). Au terme de l'instruction de cette demande, ayant comporté la demande de renseignements et documents relatifs notamment à la perception, par l'assuré ou son épouse, d'indemnités par des assurances (perte de gain maladie ou accident, chômage), l'OCPA, par décision du 18 août 2000, a nié le droit de l'assuré à des prestations complémentaires à l'AVS/AI, tant fédérales (ci-après : PCF) que cantonales (ci-après : PCC), pour le motif que ses dépenses reconnues étaient entièrement couvertes par ses revenus.
4. Le 22 février 2006, l'assuré a saisi l'OCPA d'une nouvelle demande de prestations complémentaires, à la suite de laquelle ledit service a rendu, le 1^{er} mars 2006, une décision reconnaissant à l'assuré, sur le plan du principe, le droit à des PCF et des PCC sous l'angle de la durée requise de résidence en Suisse et dans le canton de Genève, mais lui niant le droit à de telles prestations compte tenu de dépenses reconnues entièrement couvertes par le revenu déterminant (incluant CHF 23'766.- de gain potentiel pour l'épouse de l'assuré, calculé sur la base d'un gain de CHF 37'150.-).
5. Par le biais d'une opposition du 28 mars 2006, l'assuré et son épouse ont contesté la prise en compte d'un gain potentiel pour cette dernière. Celle-ci avait été en arrêt de travail à la suite d'abord d'un accident puis d'une atteinte à sa santé psychique, et elle restait totalement incapable de travailler ; elle ne percevait plus d'indemnités perte de gain depuis août 2004 ; une demande de rente AI était en cours pour elle. L'OCPA a suspendu le traitement de cette opposition dans l'attente de la décision que rendrait l'office cantonal de l'AI (ci-après : OAI) sur la demande de rente AI faite pour l'épouse de l'assuré.
6. Par décision du 13 août 2008, l'OAI a reconnu à l'épouse de l'assuré le droit à une rente entière simple d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2006.
7. Par décision sur opposition du 26 mars 2009, le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC), ayant dans l'intervalle succédé à l'OCPA, a accepté de ne pas tenir compte d'un gain potentiel pour l'épouse de l'assuré dès le 1^{er} décembre 2006, soit depuis qu'elle percevait une rente entière de l'AI. Il a attiré son attention sur le fait qu'il ne lui avait toujours pas transmis, en dépit de rappels, les justificatifs relatifs à la valeur vénale actualisée de son bien immobilier sis au Portugal, ni le montant du libre passage dont son épouse aurait le cas échéant bénéficié. D'après le nouveau calcul, ainsi provisoire, du droit de l'assuré aux

prestations complémentaires, celui-ci n'avait pas droit à des PCF dès le 1^{er} décembre 2006, mais à des PCC, ainsi que, depuis le 1^{er} décembre 2006, aux subsides d'assurance-maladie à hauteur au maximum de la prime moyenne cantonale (soit, pour chacun des époux, CHF 426.- par mois en décembre 2006, CHF 424.- en 2007, CHF 419.- en 2008, CHF 419.- dès janvier 2009). Un montant rétroactif de CHF 7'063.- allait être versé à l'assuré.

8. D'après le plan de calcul des prestations complémentaires du 11 décembre 2009, l'assuré n'avait droit, dès janvier 2010, ni à des PCF ni à des PCC, mais aux subsides d'assurance-maladie à hauteur au maximum de la prime moyenne cantonale, soit CHF 436.- pour chacun des deux époux. Le SPC a aussi adressé à l'assuré, le 15 décembre 2009, une circulaire intitulée « Communication importante 2010 », comportant le rappel de l'obligation de renseigner, en particulier la nécessité de vérifier attentivement les montants figurant dans les plans de calcul des prestations (spécifiquement au titre des revenus) et le fait que tout changement dans la situation financière et/ou personnelle devait faire l'objet d'un re-calcul du montant des prestations et donner lieu à un versement rétroactif ou à une demande de remboursement des prestations versées indûment.
9. Par courrier du 16 février 2010 faisant suite à un re-calcul des prestations complémentaires dès le 1^{er} septembre 2008 prenant en considération un compte de libre passage de l'épouse de l'assuré, le SPC a informé ce dernier qu'il n'avait plus droit à des prestations complémentaires depuis le 1^{er} mars 2010, mais que lui et son épouse restaient bénéficiaires du subside de l'assurance-maladie, versé par le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) directement à l'assureur. Un montant de CHF 1'152.- lui avait été alloué en trop du 1^{er} septembre 2008 au 28 février 2010, montant qui serait porté en déduction du rétroactif de CHF 7'063.- que la décision sur opposition précitée du 26 mars 2009 lui avait reconnu.
10. Le 6 décembre 2010, le SPC a adressé à l'assuré une même circulaire que les années précédentes, intitulée « Communication importante 2011 », et, le 20 décembre 2010, un plan de calcul des prestations dès le 1^{er} janvier 2011, dont ressortait que l'assuré n'avait droit ni à des PCF ni à des PCC, mais aux subsides d'assurance-maladie à hauteur au maximum de la prime moyenne cantonale, soit CHF 450.- pour chacun des deux époux.
11. En décembre 2011, en plus de la même circulaire « Communication importante 2012 », le SPC a adressé à l'assuré un plan de calcul des prestations dès le 1^{er} janvier 2011, dont ressortait que l'assuré n'avait droit ni à des PCF ni à des PCC, mais aux subsides d'assurance-maladie à hauteur au maximum de la prime moyenne cantonale, soit CHF 463.- pour chacun des deux époux.
12. Il en est allé de même les années suivantes, étant précisé que les subsides d'assurance-maladie alloués à l'assuré et son épouse ont été de CHF 470.- pour chacun d'eux dès janvier 2013, CHF 483.- dès janvier 2014, CHF 500.- dès janvier 2015 et CHF 524.- dès janvier 2016.

13. Le 6 juin 2016, le SPC a informé l'assuré que dès le 1^{er} juillet 2016, du fait de l'entrée en vigueur d'une loi 11540 acceptée en votation populaire le 28 février 2016, le subside d'assurance-maladie dû le cas échéant ne serait plus un subside complet mais un subside partiel équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'éventuel excédent de ressources ; son montant serait fixé et communiqué désormais par le SAM.
14. Selon le plan de calcul des prestations complémentaires dès le 1^{er} juillet 2016 figurant dans ce courrier, l'assuré n'avait droit ni à des PCF ni à des PCC. Il en est allé de même dès le 1^{er} janvier 2017.
15. Par courrier du 2 mars 2017, le SPC a informé l'assuré qu'il entreprenait une révision périodique de son dossier, et il l'a prié de lui fournir de nombreux renseignements et documents relatifs à leur situation financière, à lui-même et son épouse.

Le SPC avait obtenu, à la même date, les éléments retenus par l'administration fiscale cantonale (ci-après : AFC) pour la taxation de l'assuré et son épouse pour les années 2009 à 2015, dont ressortait que l'épouse de l'assuré avait perçu, en plus des rentes de l'AI, d'« autres rentes ».
16. Les 3 avril et 2 mai 2017, le SPC a rappelé à l'assuré la demande de renseignements et documents précitée, dont, s'agissant de l'épouse de l'assuré, tous documents justifiant les revenus indiqués au titre d'autres rentes dans les avis de taxation des impôts cantonaux et communaux (ci-après : ICC), de CHF 22'500.- selon l'avis de taxation ICC 2012 et de CHF 18'000.- selon les avis de taxation ICC des années 2013, 2014 et 2015. Une non-remise des justificatifs requis entraînerait la suppression du droit aux prestations allouées, et des prestations qui s'avèreraient avoir été versées indûment feraient l'objet d'une demande de restitution.
17. Le 15 mai 2017, l'assuré et son épouse ont retourné au SPC le formulaire « Révision périodique » rempli, accompagné notamment d'une attestation de Allianz Suisse société d'assurances sur la vie SA (ci-après : Allianz) de janvier 2016 concernant le versement à l'épouse de l'assuré, pour l'année 2015, d'un montant de CHF 18'000.- au titre de rente d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident.
18. En réponse à une demande du SPC, le SAM a indiqué à ce dernier que les montants des subsides d'assurance-maladie qu'il avait versés à l'assuré et son épouse et qu'il fallait leur réclamer en retour étaient les suivants :

Période	M. A_____	Mme A_____	Totaux
Du 01.06 au 31.12.2010	CHF 2'809.80	CHF 2'809.80	CHF 5'619.60
Du 01.01 au 31.12.2011	CHF 5'152.80	CHF 5'152.80	CHF 10'305.60

Du 01.01 au 31.12.2012	CHF 5'416.80	CHF 5'416.80	CHF 10'833.60
Du 01.01 au 31.12.2013	CHF 5'640.-	CHF 5'640.-	CHF 11'280.-
Du 01.01 au 31.12.2014	CHF 5'796.-	CHF 5'796.-	CHF 11'592.-
Du 01.01 au 31.12.2015	CHF 6'000.-	CHF 6'000.-	CHF 12'000.-
Du 01.01 au 31.12.2016	CHF 6'288.-	CHF 5'844.-	CHF 12'132.-
Du 01.01 au 31.05.2017	CHF 2'770.-	CHF 2'350.-	CHF 5'120.-
Totaux	CHF 39'873.40	CHF 39'009.40	CHF 78'882.80

19. Par courrier recommandé du 20 juin 2017, le SPC a indiqué à l'assuré qu'il avait repris le calcul de ses prestations avec effet au 1^{er} juin 2010, en tenant compte de la rente d'incapacité de gain qu'Allianz avait versée à son épouse (élément qui n'avait pas été annoncé au SPC) ainsi que ses cotisations AVS. Il n'avait plus droit à des prestations (en particulier des subsides d'assurance-maladie) depuis le 1^{er} juin 2017, et il s'avérait qu'il avait perçu CHF 78'882.- en trop pour la période du 1^{er} juin 2010 au 31 juillet 2017, montant à rembourser dans les trente jours.

Ce courrier était accompagné d'une décision de remboursement du subside de l'assurance-maladie du 29 mai 2017, d'un montant total de CHF 78'882.80, pour les années 2010 à 2017, ainsi que d'une décision de prestations complémentaires et de plans de calcul du 29 mai 2017, dont ressortait que l'assuré n'avait droit ni à des PCF ni à des PCC pour les huit périodes précitées (soit les mois de juin à décembre 2010, les années 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016, ainsi que les mois de janvier à mai 2017). Le revenu déterminant du groupe familial de l'assuré dépassait ses dépenses reconnues pour chacune de ces périodes, compte tenu, pour chacune d'elles, d'« indemnités d'une assurance » de CHF 18'000.-.

20. Le 28 juin 2017, l'assuré a indiqué au SPC qu'il ne lui était pas possible de rembourser la somme réclamée, compte tenu de la modicité de ses ressources, qu'il avait toujours scrupuleusement déclarées.
21. Par recommandé du 12 juillet 2017, désormais représentés par Protekta assurance de protection juridique SA (ci-après : Protekta), l'assuré et son épouse ont formé opposition aux décisions du 29 mai 2017 par lesquelles le SPC leur demandait le remboursement de CHF 78'882.80 de subsides d'assurance-maladie indûment versés entre 2010 et 2017. Les montants considérés avaient été versés indûment, mais le droit au remboursement s'était éteint une année après que le cotisant (sic) avait eu connaissance de ses paiements trop élevés ; la situation de l'assuré, toujours exposée de façon transparente, n'était pas différente en 2010 qu'en 2017 ; le SPC était en possession de toutes les informations sur sa situation en 2010 déjà ;

son droit au remboursement était éteint sauf pour la période du 31 mai 2016 au 31 mai 2017.

22. Par décision sur opposition du 6 décembre 2017, le SPC a rejeté l'opposition de l'assuré et son épouse. La décision du 29 mai 2017 faisait suite à une révision périodique initiée le 2 mars 2017 et à la consultation des avis de taxation fiscale effectuée le même jour dans le cadre de l'entraide administrative. Elle tenait compte de la rente servie par Allianz en faveur de l'épouse de l'assuré, dont le SPC n'avait jusqu'alors pas eu connaissance. La révision du dossier était justifiée. L'omission d'annoncer l'existence de cette ressource constituait une négligence grave. Le principe de la révision et l'étendue dans le temps ne pouvaient qu'être confirmés, de même que la demande de remboursement des CHF 78'882.80 de subsides d'assurance-maladie perçus en trop pour la période du 1^{er} juin 2010 au 31 mai 2017.
23. Par acte du 3 janvier 2018, l'assuré, représenté par Protekta, a recouru contre cette décision sur opposition par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant à son annulation et au re-calcul du montant à rembourser pour la période allant du 31 mai 2016 au 31 mai 2017. Il avait toujours été de bonne foi et ne connaissait pas le monde complexe des assurances sociales. Le SPC était quant à lui en possession de toutes les informations utiles au versement correct des prestations dues à l'assuré et pouvait facilement avoir accès aux éléments qui lui manquaient le cas échéant. Le droit du SPC au remboursement s'était éteint une année après que ledit service avait eu connaissance des paiements trop élevés ayant été effectués. Une prescription plus longue ne pouvait être appliquée, faute d'infraction pénale en l'absence d'une volonté subjective, à laquelle une potentielle négligence involontaire ne pouvait se substituer. C'était le SPC qui avait fait montre de négligence dans l'exécution de son travail.
24. Par écriture du 30 janvier 2018, le SPC a conclu au rejet du recours. C'était la découverte du versement de la rente d'Allianz qui avait justifié la révision du dossier et le nouveau calcul des prestations dues, étant précisé que l'omission d'annoncer l'existence de cette rente constituait une négligence grave. L'attention de l'assuré avait été attirée chaque année sur son obligation de renseigner le SPC. Les pièces figurant au dossier ne contenaient pas d'indice quant au versement de la rente considérée ; aucune négligence ne pouvait être reprochée au SPC.
25. L'assuré n'a pas présenté d'observations ni de pièces complémentaires dans le délai que la CJCAS lui a accordé à cette fin en lui transmettant l'écriture précitée du SPC.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 et 4 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

respectivement à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30) et à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Elle statue aussi 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 le rappelle l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, de même que sur celles prévues à l'art. 36 de la loi genevoise 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, soit, plus précisément, sur l'art. 25 LPGA prévoyant la restitution de prestations indument touchées, disposition qui s'applique à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal) et de subsides d'assurance-maladie (art. 33 LaLAMal).

b. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA).

Il respecte les conditions de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. a LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Le recourant a qualité pour recourir, étant touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification (art. 59 LPGA).

c. Le recours est donc recevable.

2. À l'instar de la décision initiale qu'elle confirme, la décision sur opposition attaquée présente plusieurs facettes. Premièrement, elle statue nouvellement sur le droit des recourants aux prestations considérées. Deuxièmement, elle révoque les décisions antérieurement rendues allouant de telles prestations aux recourants, dans la mesure où les nouvelles décisions rendues se distancient de celles précédemment notifiées et entrées en force. Troisièmement, elle fait obligation aux recourants de restituer le trop-perçu.

Le recourant ne conteste toutefois nullement que la rente d'incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident qu'Allianz a versée en faveur de l'épouse du recourant pour les périodes visées par la décision attaquée (soit de juin 2010 à mai 2017) devait être prise en compte dans le calcul de son droit aux prestations complémentaires, respectivement aux subsides d'assurance-maladie, et qu'il n'aurait pas eu droit à ces derniers, qu'il admet avoir ainsi perçus indûment. Il ne remet pas non plus en question que, sur le plan du principe, la découverte du versement de cette rente constituait un élément nouveau important justifiant une révision des décisions en vertu desquelles lesdits subsides lui ont été versés durant toutes ces périodes (art. 53 al. 1 LPGA), ou à tout le moins que ces décisions étaient manifestement erronées et que leur rectification revêtait une importance notable justifiant leur reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA).

Le litige ne porte que sur le troisième volet de la décision attaquée. Le recourant estime en effet que le droit de l'intimé de réclamer le remboursement du trop-perçu

était éteint, par suite d'écoulement du temps, sauf pour la période du 31 mai 2016 au 31 mai 2017.

3. a. Selon l'art. 25 al. 2 LPGA, 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. L'al. 3 de ladite disposition, évoqué par le recourant, vise le remboursement de cotisations payées en trop. L'art. 33 al. 1 LaLAMal prévoit que les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'art. 25 LPGA.

b. Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 133 V 579 consid. 4 ; ATF 128 V 10 consid. 1). Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision, le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 271/04 du 21 mars 2006 consid. 2.5).

4. a. Le délai d'un an prévu par cette disposition est celui dans lequel l'assureur doit accomplir l'acte conservatoire propre à sauvegarder le délai de péremption de sa prétention en restitution de prestations versées à tort ou en trop, à savoir rendre à ce propos une décision en bonne et due forme.

Sur ce point, la réglementation prévue par la LPGA reprend, matériellement, le contenu des anciens art. 95 al. 4 phr. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (LACI - RS 837.0) et 47 al. 2 phr. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Selon la jurisprudence relative à ces dispositions, qu'il convient également d'appliquer à l'art. 25 al. 2 LPGA, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 80/05 du 3 février 2006).

L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde – quant à son principe et à son étendue – la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une

créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. À défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (SVR 2008 KV n° 4 p. 11 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 4.2 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 54 ss ad art. 25).

b. En l'espèce, l'intimé a rendu la décision initiale de restitution le 20 juin 2017, soit largement en temps utile dans la mesure où – indique-t-il – il a eu connaissance du versement indu des subsides d'assurance-maladie de juin 2010 à mai 2017 en date du 2 mars 2017, par la consultation, au bénéfice de l'entraide administrative fondée sur l'art. 32 LPGA, des avis de taxation fiscale du recourant faisant état, durant les années considérées, de la perception d'« autres rentes » par l'épouse du recourant.

c. Ce dernier estime que l'intimé disposait de cette information déjà en 2010, parce qu'il avait toujours annoncé tous ses revenus, en toute transparence.

Il ne résulte toutefois d'aucune des demandes de prestations présentées par le recourant, en particulier les 8 mai 1998 et 22 février 2006 que son épouse était ou avait été à un certain moment au bénéfice d'indemnités perte de gain, du moins durant la période ici litigieuse. Le recourant avait même indiqué à l'intimé, dans son opposition du 28 mars 2006, que son épouse ne percevait plus de telles indemnités depuis août 2004. Le dossier ne comporte aucun courrier ni aucun autre document que le recourant ou son épouse auraient communiqué ou qui serait parvenu à l'intimé signalant que cette dernière percevait une rente d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident durant les années 2010 à 2017.

L'intimé ne disposait par ailleurs pas d'indice devant l'inciter à examiner spécifiquement cette question. Ce n'est pas parce que l'OAI, en date du 13 août 2008, avait octroyé à l'épouse du recourant une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2006 que l'intimé, durant toutes les années postérieures précitées, devait s'interroger spontanément sur l'éventualité qu'elle percevait une rente d'incapacité de travail, en sus de sa rente de l'AI. Il le devait d'autant moins que, chaque année en décembre, il adressait au recourant une « Communication importante » lui rappelant son obligation d'annoncer tout changement dans la situation financière du groupe familial et de vérifier attentivement les montants figurant dans les plans de calcul lui étant aussi adressés en règle générale en décembre de chaque année, sans que le recourant ne réagisse, à un quelconque moment, au fait que lesdits plans de calcul mentionnaient les divers éléments de revenus et de fortune de son groupe familial, mais jamais, durant les années précitées, ladite rente d'incapacité de travail augmentant les revenus du groupe familial d'au moins CHF 18'000.- par année.

d. Il doit donc être admis que l'intimé a agi avant que son droit au remboursement des subsides d'assurance-maladie ne se périmé sous l'angle du délai d'un an pour faire valoir sa prétention en restitution. Le recours est mal fondé en tant qu'il prétend que l'intimé avait les informations suffisantes dès l'année 2010.

5. a. Il s'ensuit que la prétention en restitution des subsides d'assurance-maladie versés à tort au recourant et son épouse pouvait s'étendre à tout le moins à ceux qui l'avaient été durant le délai absolu de cinq ans prévus par l'art. 25 al. 2 phr. 1 in fine LPGA, soit de juin 2012 à mai 2017.

L'intimé a réclamé le remboursement non seulement de ces subsides-ci, mais aussi de ceux qui avaient été versés à tort au recourant et son épouse durant les deux années précédentes, soit de juin 2010 à mai 2012, pour le motif que l'omission d'avoir annoncé ledit revenu constituait une négligence grave de leur part.

b. Il ne faut pas confondre la négligence qui, si elle est grave, doit amener à retenir que le bénéficiaire de prestations versées à tort ne remplit pas la condition de la bonne foi devant conduire, si elle est remplie et s'accompagne au surplus d'une exposition à une situation difficile, à renoncer à exiger la restitution, au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA (ATAS/151/2017 du 28 février 2017 consid. 5 ; Ueli KIESER, op. cit., n. 47 ss ad art. 25), avec la faute réalisant l'élément constitutif subjectif d'une infraction pénale à l'origine du versement indu, infraction qui se prescrit le cas échéant au terme d'un délai de prescription plus long que cinq ans, qui est alors également déterminant pour la péremption du droit au remboursement à teneur de l'art. 25 al. 2 phr. 2 LPGA (Ueli KIESER, op. cit., n. 64 ad art. 25).

Même s'il ne l'a indiqué ni dans la décision attaquée, ni dans son mémoire de réponse, l'intimé considère que doit en l'espèce s'appliquer le délai de prescription plus long que celui de cinq ans, à savoir celui de sept ans, qui est celui de la prescription de l'action pénale des infractions passibles d'une peine privative de liberté de moins de trois ans (art. 97 al. 1 let. d du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 - CP - RS 311.0).

La question est dès lors de savoir si les subsides d'assurance-maladie versés à tort au recourant et son épouse dès juin 2010 l'ont été à la suite et en raison d'une infraction pénale.

6. a. Selon l'art. 92 let. b LAMal, est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le code pénal, quiconque obtient pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la LAMal, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière.

C'est bien en application de la LAMal et des normes édictées en exécution de cette dernière que des subsides d'assurance-maladie sont le cas échéant alloués à des assurés (art. 65 LAMal ; art. 19 ss LaLAMal).

b. L'art. 92 let. b LAMal précité est le pendant, en matière de subsides d'assurance-maladie, de l'art. 31 al. 1 LPC, aux termes duquel, en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI, est puni, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit frappé d'une peine plus élevée par le code pénal, d'une peine pécuniaire n'excédant pas 180 jours-amende :

- celui qui, par des indications fausses ou incomplètes, ou de toute autre manière, obtient d'un canton ou d'une institution d'utilité publique, pour lui-même ou pour autrui, l'octroi indu d'une prestation au sens de la présente loi (let. a) ;
- celui qui, par des indications fausses ou incomplètes, ou de toute autre manière, obtient sans droit une subvention au sens de la présente loi (let. b) ;
- celui qui manque à son obligation de communiquer (art. 31 al. 1 LPGA ; let. d).

Ces dispositions érigent les comportements décrits en infraction pénale, dont le délai de prescription est de sept ans.

c. L'infraction visée à l'art. 31 al. 1 LPC consiste en l'obtention du paiement de prestations complémentaires par des indications trompeuses, et donc celle visée à l'art. 92 let. b LAMal à obtenir le versement indu de subsides d'assurance-maladie « par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière ». Cette infraction est réalisée lors du premier paiement de la prestation considérée. C'est à ce moment que tous les éléments objectifs et subjectifs sont réalisés (ATF 138 V 74 consid. 5.1).

Sur le plan subjectif, l'art. 31 al. 1 LPC, donc aussi l'art. 92 let. b LAMal, supposent un agissement intentionnel de l'auteur. Il convient donc d'examiner s'il a agi avec conscience et volonté. L'auteur agit déjà intentionnellement lorsqu'il tient pour possible la réalisation de l'infraction et l'accepte au cas où elle se produirait (art. 12 al. 1 et 2 CP applicable par renvoi de l'art. 333 al. 1 CP). L'intention doit porter sur tous les éléments constitutifs de l'infraction. L'auteur doit en outre avoir agi dans le dessein de se procurer ou de procurer à un tiers un enrichissement illégitime, correspondant au dommage de la dupe (ATF 134 IV 210 consid. 5.3 p. 213 s.).

L'infraction visée à l'art. 31 al. 1 LPC, donc aussi l'art. 92 let. b LAMal, peut aussi être commise par un comportement passif, contraire à une obligation d'agir (art. 11 al. 1 CP). Tel est le cas, lorsque l'auteur n'empêche pas la lésion du bien juridique protégé, bien qu'il y soit tenu à raison de sa situation juridique, notamment en vertu de la loi ou d'un contrat (cf. art. 11 al. 2 let. a et b CP ; ATF 136 IV 188 consid. 6.2 p. 192). Dans cette hypothèse, l'auteur n'est punissable que si, compte tenu des circonstances, il encourt le même reproche que s'il avait commis l'infraction par un comportement actif (art. 11 al. 3 CP). L'auteur doit ainsi occuper une position de garant qui l'obligeait à renseigner ou à détromper la dupe (cf. ATF 140 IV 11 consid. 2.3.2 p. 14 et 2.4.1 p. 14 s. et les références citées ; 136 IV 188 consid. 6.2 p. 191 s.). Il n'est pas contesté qu'un contrat ou la loi puisse être la source d'une telle

position de garant. N'importe quelle obligation juridique ou contractuelle ne suffit toutefois pas. En particulier, l'obligation de renseigner prévue par la loi ou un contrat ne crée pas à elle seule de position de garant (ATF 140 IV 11 consid. 2.4. p. 14 ss. ; 131 IV 83 consid. 2.1.3 p. 88).

L'assuré qui, en vertu de l'art. 31 LPGA a l'obligation de communiquer toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation, ne respecte pas cette obligation et continue à percevoir les prestations allouées initialement à juste titre n'adopte pas un comportement actif de tromperie. Le fait de continuer à percevoir les prestations allouées ne saurait être interprété comme la manifestation positive – par actes concluants – du caractère inchangé de la situation. Il convient en revanche d'analyser la situation de façon différente lorsque la perception de prestations est accompagnée d'autres actions permettant objectivement d'interpréter le comportement de l'assuré comme étant l'expression du caractère inchangé de la situation. Tel sera le cas lorsque l'assuré ne répond pas ou pas de manière conforme à la vérité aux questions explicites de l'assureur destinées à établir l'existence de modification de la situation personnelle, médicale ou économique ; il n'est en effet plus question alors d'une escroquerie par omission, mais d'une tromperie active (ATF 140 IV 11 consid. 2.4.1 p. 15 et consid. 2.4.6 in fine p. 18 ; voir également arrêt 6B_791/2013 du 3 mars 2014 consid. 3.1.1 ; imprécis sur cette question, arrêt 9C_232/2013 du 13 décembre 2013 consid. 4.1.3).

Les indications écrites fournies chaque année à un titulaire de prestations complémentaires relatives à l'obligation de communiquer tout changement de circonstances doivent être comprises comme une exhortation à annoncer la survenance de telles modifications. Celui qui, après avoir dissimulé à l'administration une partie de ses revenus, ignore ces communications annuelles tait l'existence d'éléments pertinents pour l'octroi de prestations et commet ainsi à chaque fois une tromperie par commission (ATF 131 IV 83 consid. 2.2 p. 89 et 2.5 p. 95).

Dans un arrêt 9C_171/2014 du 17 septembre 2014 (consid. 6.5.), le Tribunal fédéral a jugé que compte tenu des informations demandées dans le formulaire de demande de prestations, lesquelles concernaient aussi bien sa situation personnelle que celles de son épouse ou de ses enfants, l'intéressé ne pouvait ignorer l'importance que revêtait la communication de toute information d'ordre économique le concernant lui ou un membre de sa famille. Dans ces conditions, force était d'admettre qu'il était conscient qu'il retenait des informations qu'il avait l'obligation de transmettre au service recourant, commettant ainsi un acte par dol éventuel. Le Tribunal fédéral a ainsi constaté que l'intéressé réalisait les conditions objectives et subjectives de l'infraction réprimée à l'art. 31 al. 1 let. d LPC et que le délai de péremption de plus longue durée prévu par le droit pénal, soit en l'occurrence sept ans (art. 97 CP), était par conséquent applicable.

d. Pour que le délai de prescription de plus longue durée prévu par le droit pénal s'applique à la restitution des prestations, on doit être en présence d'un acte

punissable. Le juge administratif est lié par une décision pénale portant condamnation ou acquittement. S'il y a eu condamnation, l'existence d'un acte punissable est acquise sans réserve. Un acquittement ne lie en revanche le juge administratif que dans le cas où l'autorité répressive a dénié le caractère pénal d'une affaire.

En l'absence d'un jugement pénal, comme c'est le cas en l'espèce, il appartient au juge administratif d'examiner à titre préjudiciel si les circonstances correspondant à une infraction pénale sont réunies. Ce faisant, ce sont les exigences en matière de preuve dans la procédure pénale qui sont applicables, de sorte que le degré de vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales ne suffit pas. L'autorité qui invoque le délai de prescription pénale doit en tous les cas produire des éléments démontrant le comportement punissable (ATF 138 V 74 consid. 6.1). Un acte punissable au sens de l'art. 25 al. 2 phr. 2 LPGA, suppose la réunion des éléments tant objectifs que subjectifs de l'infraction (arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2016 du 4 novembre 2016 consid. 5.2).

7. a. En l'espèce, le recourant n'a jamais annoncé à l'intimé la rente d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident qu'Allianz a versée en faveur de son épouse, et il n'a jamais réagi aux « communications importantes » lui rappelant chaque année son obligation de renseigner, de même que le fait que des versements qui s'avéreraient indus feraient l'objet de demandes de remboursement, et l'invitant chaque année à vérifier attentivement les montants figurant dans les plans de calcul lui étant aussi adressés en règle générale en décembre de chaque année, et il n'a jamais non plus réagi au fait que lesdits plans de calcul mentionnaient les divers éléments de revenus et de fortune de son groupe familial, sauf ladite rente d'incapacité de travail d'Allianz. Or, le montant de cette rente n'était nullement négligeable, puisqu'il était chaque année de CHF 18'000.- (même semble-t-il de CHF 22'500.- en 2012).
- b. Dans ces conditions, il n'est pas concevable que le recourant ne se soit pas rendu compte, durant toutes les années considérées (et en particulier de juin 2010 à mai 2012), que l'intimé omettait sans raison d'intégrer ladite rente dans le calcul de son revenu déterminant pour calculer son droit aux prestations complémentaires et au subside d'assurance-maladie. Il y a lieu de retenir qu'il a commis l'infraction visée à l'art. 92 let. b LAMal par dol éventuel (ATAS/228 du 9 mars 2018 consid. 13).
- c. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a fait application d'un délai de péremption de sept ans (et non de cinq ans) et réclamé le remboursement des subsides d'assurance-maladie perçus indûment y compris de juin 2010 à mai 2012.

Dans l'hypothèse contraire, le montant réclamé serait excessif de l'ordre de quelque CHF 20'500.-.

8. Le recours doit donc être rejeté.

La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure (art. 61 let. g 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. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
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 (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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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