

GE_GERICHTE ATAS/1189/2012 vom 2. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1189_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1189/2012 du 2 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1189/2012 del 2 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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 l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 36 LaLAMal et 89B LPA). En effet, il a été démontré que la décision sur opposition a été reçue par l'assuré le 3 novembre 2011 (no 544), l'autre recommandé de l'assurance étant

A/4093/2011 - 8/13 - destiné au Tribunal arbitral (no 545) et reçu par ce dernier, à son greffe, le 28 octobre 2011. De plus, bien que succinct, le complément de recours de l'assuré du 14 mars 2012 est motivé : l'assuré conteste la valeur probante des pièces produites par l'assurance, et partant, le droit de l'assurance de réclamer la restitution des prestations.

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurance de réclamer à l'assuré les prestations versées au titre de l'assurance obligatoire des soins, soit 18'634 fr, ainsi que d'exiger le paiement des frais de l'enquête de 1'015 fr. 80.

E. 4

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. 1er). 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). Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 47 al. 1er LAVS, l'obligation de restituer suppose en outre que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2). L'obligation de restituer prévue par l'art. 25 al. 1, 1ère phrase LPGA suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5; ATF 129 V 110 consid. 1.1). La modification de décisions d'octroi de prestations peut avoir un effet ex tunc - et, partant,

justifier la répétition de prestations déjà perçues - lorsque sont réalisées les conditions qui président à la révocation, par son auteur, d'une décision administrative. A cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 21 consid. 3a, 138 consid. 2c, 173 consid. 4a, 272 consid. 2, 121 V 4 consid. 6 et les références), d'avec la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités).

E. 5

a) Selon l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par

A/4093/2011 - 9/13 - les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (al. 1). L'assureur indemnise les parties ainsi que les personnes tenues de fournir des renseignements si elles subissent une perte de gain ou encourent des frais (al. 2). Les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable après sommation et indication des conséquences. b) L'art 14 des CGA applicables au contrat d'assurance LAMal prévoit que les frais occasionnés par des rappels pour le paiement des primes et des participations, les sommations et les frais de poursuites sont à la charge de la personne assurée. c) La jurisprudence rappelle que domaine des assurances sociales est régi par le principe général de la gratuité de la procédure; sauf base légale expresse, les frais administratifs liés à la mise en oeuvre de l'assurance doivent être assumés par l'assureur (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 7 ad art. 45 LPGA). A la différence de ce que connaissent les législations en matière d'assurance-vieillesse et survivants (voir par exemple les art. 57 al. 2 let. f, 61 al. 2 let. d, 63 al. 1 let. g ou 69 LAVS) ou d'assurance-accidents (art. 92 al. 1 LAA), la législation en matière d'assurance-maladie ne contient aucune disposition prévoyant que l'assureur peut facturer des frais administratifs à la charge des fournisseurs de prestations et faute de pouvoir se prévaloir d'une base légale, la caisse en question ne saurait réclamer le remboursement des frais administratifs engendrés par la procédure de restitution (arrêts non publiés du 30 novembre 2011; 9C_258/2010; 9C_265/2010). Dans un arrêt isolé, le Tribunal fédéral a admis que l'assurance mette à la charge de l'assuré (qui avait falsifié des factures) les frais de l'instruction, car cela était prévu par les conditions générales, mentionnant l'art. 45 al 3 LPGA à titre de comparaison, sans fonder la décision sur cette base légale (arrêt non publié du 29 août 2006; K222/05). d) La doctrine (cf. KIESER précité) mentionne expressément la sommation et met en parallèle l'art. 45 al. 3 LPGA avec les art. 21 al. 4 et 43 al. 2 LPGA, lesquels parlent de mise en demeure écrite et d'avertissement par rapport aux conséquences, en cas de refus de collaborer.

E. 6

a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

dossier. Ils ne peuvent 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

A/4093/2011 - 10/13 - b) Ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Selon l'art. 22 LPA, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans les procédures qu'elles introduisent elles-mêmes, dans celles où elles y prennent des conclusions indépendantes ainsi que dans les autres cas prévus par la loi. Cette réglementation cantonale est conforme aux exigences posées à l'art. 61 LPGA (ATFA non publié du 21 juillet 2005, I 453/04, consid. 2.2.3). Ce devoir 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 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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). c) 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 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).

E. 7

En l'espèce, les prestations ont été versées le 16 août 2010. Ce n'est toutefois que le 16 septembre 2010 que l'assurance a eu les premières informations de X_____, complétées le 23 septembre 2010, de sorte que la décision de restitution du 26 août 2011 intervient dans le délai de péremption d'un an de l'art. 25 LPGA. Il s'agit de déterminer s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'a pas séjourné à l'Hôpital HCA de décembre 2009 à janvier 2010 ce qui impliquerait que les prestations ont été versées à tort.

A/4093/2011 - 11/13 - Les résultats de l'enquête diligentée par X_____ sur place sont convaincants, s'agissant en particulier du public sélectif admis dans un Hôpital de l'armée, de la facturation en dinars, et du fait que l'assuré et le Dr A_____ sont inconnus de cet hôpital, ce d'autant plus que l'enquête est complétée par l'attestation absolument claire du

directeur de l'Hôpital en question. Ce dernier confirme non seulement que l'assuré n'a pas séjourné dans l'hôpital mais aussi que le montant en question n'a pas été versé. La Cour a examiné le courrier original de l'HCA, daté et signé, et le fait que le nom du directeur n'apparaisse pas en français n'est pas suffisant pour prétendre qu'il s'agirait d'un faux. Ainsi, le caviardage de la signature du directeur n'empêche pas de retenir que cette pièce est probante. Certes, l'assuré a produit de nombreuses pièces (quittance, avis de débit bancaire, attestation médicale) qui laissent croire à la véracité de ses dires et qui ont d'ailleurs amené l'assurance à payer les prestations. Toutefois, ces pièces sont contradictoires et les explications de l'assuré ne sont pas convaincantes : l'assuré aurait retiré 32'000 € au guichet de la banque postale le 31 janvier 2010, à Jelil, et payé le jour même à Alger la facture en espèce, obtenant une quittance du trésorier de l'HCA ("payé: reçu le 31 janvier 2010"). Ce paiement en espèces est incompatible avec l'ordre de virement (qui n'est nullement annulé) donné à la banque pour procéder à un versement de 30'425 € 60 à l'HCA, montant payable jusqu'au 10 février 2010. S'agissant de l'HCA, il est situé au Gué de Constantine et non pas au Guai de Constantine et le logo de la banque postale est curieusement fort différent selon les pièces produites (ordre de paiement du 31 janvier et attestation de débit du même jour). Il ressort d'un article de la Liberté, quotidien d'Alger, du 13 juin 2007 que "de par son statut d'hôpital militaire, les soins à Aïn Naâdja n'ouvrent droit qu'aux éléments de l'Armée nationale et leurs proches, les hauts fonctionnaires de l'Etat ainsi que les moudjahidine. Chose tout à fait normale, explique un médecin qui ajoutera que "même si l'hôpital n'est ouvert qu'à une certaine catégorie de la population, les militaires, nous recevons beaucoup de civils dont les pathologies nécessitent une prise en charge d'appoint pour peu que l'hôpital où le patient a été admis lui délivre une prise en charge, (...) notamment dans le cas des malades cancéreux". Il est donc vraisemblable que les factures et attestations médicales soient des faux, sans qu'il soit nécessaire d'attendre l'issue de la procédure pénale à ce sujet eu égard à ce qui suit.

E. 8

D'une part, on ne discerne pas quel serait l'intérêt de X_____, de son enquêteur sur place et de l'hôpital à nier la réalité de l'hospitalisation de ce patient. On peut bien sûr, à l'instar de l'assuré, prétendre que l'enquêteur invente l'existence de fraudeurs pour justifier les honoraires de ses enquêtes. On peut aussi imaginer qu'un employé corrompu de l'HCA encaisse le montant de la facture à son compte. Toutefois, ce ne sont que des suppositions qui ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante des documents produits. Il semble ainsi hautement invraisemblable que X_____ ait forgé un faux document, à l'entête d'un hôpital, de sorte que l'exigence de l'assuré de faire authentifier les pièces produites

A/4093/2011 - 12/13 - par l'assurance est excessive, voire irréaliste. Surtout, il appartenait à l'assuré, qui disposait du temps nécessaire entre le premier courrier de l'assurance du 3 janvier 2011 et l'audience du 12 juin 2011, de rendre vraisemblable que les résultats de l'enquête étaient contraires à la réalité. Il pouvait ainsi obtenir une confirmation écrite de son séjour de la part de l'Hôpital, une confirmation du médecin l'ayant traité et de son appartenance à l'HCA, une attestation des proches sur place l'ayant accompagné en urgence, voire une attestation claire de sa banque. De plus, le témoin défaillant cité par l'assuré indique être incapable de témoigner en raison de graves troubles psychiques. Soit ces troubles sont biens réels et ils sont alors manifestement incompatibles avec un long voyage en voiture jusqu'à Alger, ce qui infirme les déclarations de l'assuré. Soit il s'agit d'un

prétexte pour ne pas devoir témoigner, évitant de se parjurer en confirmant ce prétendu voyage en Algérie. D'ailleurs, il n'est pas exclu que le courrier d'excuse du témoin ait été, à tout le moins, rédigé en accord avec l'assuré, dès lors que c'est ce dernier qui l'a déposé au greffe. A cet égard, il y a lieu de rappeler que la maxime inquisitoire ne dispense pas les parties de prouver leur allégués, ce que l'assuré n'a manifestement pas fait. D'autre part, les contradictions de l'assuré concernant de nombreux éléments permettent de douter de la véracité de l'ensemble de ses allégations. Il s'avère qu'il bénéficie d'une rente de l'assurance invalidité depuis 1996 et de prestations complémentaires, ce qui exclut non seulement la prétendue fortune familiale mais aussi les activités d'import-export et toute justification à l'existence de comptes en Algérie, si ce n'est pour les besoins de la présente cause. Malgré la gravité de son état psychique qui aurait nécessité près d'un mois d'hospitalisation, il n'aurait pas poursuivi de traitement à son retour à Genève. D'ailleurs, l'assuré a déjà été poursuivi et condamné pour d'autres faits similaires. Il est ainsi démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que les prestations ont été indûment perçues.

E. 9

S'agissant des frais de l'enquête, l'assurance n'est pas fondée à les réclamer à l'assuré sur la base de l'art. 45 al. 3 LPGA, à défaut de sommation, ni des conditions générales d'assurance qui ne prévoient que les frais de rappel en cas de non paiement des primes et autres participations, et cela malgré la commission d'une infraction pénale. C'est ainsi dans le cadre de la demande en paiement que ces frais seront alloués.

E. 10

Le recours sera donc très partiellement admis, en ce qui concerne le paiement de 1'015 fr. 80 de frais d'enquête et rejeté pour le surplus. La procédure est gratuite.

A/4093/2011 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.