

GE_GERICHTE A/2107/2014 vom 16. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2107_2014

FR: GE_GERICHTE A/2107/2014 du 16 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/2107/2014 del 16 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

E. 2

des chiropraticiens,

E. 3

des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien; b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien; c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin; d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin; e. le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune; f. ... fbis. le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29); g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage; h. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b ». 6. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle 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 (art. 61 let. c LPGA). 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 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). En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322). 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). 7. L'assuré estime que l'assureur n'a pas apporté la preuve de ce que la somme de CHF 5'403.35 concernait des prestations qui ne lui étaient pas dues. Il y a préalablement lieu de rappeler que les parties ont l'obligation 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. Or, l'assuré se borne à soutenir qu'à défaut de nom figurant sur les versements, rien ne dit que ceux-ci ne le concernaient pas, raison pour laquelle du reste il a reconnu devoir restituer la somme de CHF 3'876.80 qui lui avait été versée avec la mention « B_____ ». Une telle allégation ne suffit à l'évidence pas. Le fait que le nom de la personne à laquelle les remboursements étaient en réalité dus ne soit pas mentionné, ne saurait par ailleurs être pris en considération que dans le cadre de l'examen de la demande de remise. L'assureur a produit les décomptes de prestations concernant l'assuré portant sur les années 2009 à 2013. L'assuré n'allègue pas qu'ils seraient erronés, ce qu'il aurait pu aisément faire, le cas échéant, en produisant des décomptes de prestations autres que ceux mentionnés par l'assureur, par exemple. Les remboursements concernant la personne dans le dossier duquel le numéro de compte bancaire de l'assuré a été à tort enregistré, sont les suivants : CHF 3'178.25 pour 2009, CHF 1'383.45 pour 2010, CHF 464.40 pour 2011, CHF 1'230.65 pour 2012, et CHF 3'023.40 pour 2013, ce qui représente un total de CHF 9'280.15. A cet égard, l'assuré n'apporte pas non plus de document qui viendrait mettre en doute ce chiffre. L'assureur a proposé de mettre à disposition de la chambre de céans tous les décomptes de remboursement de l'autre assuré. La chambre de céans y renoncera cependant, par appréciation anticipée des preuves. En effet, si le recourant a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). Or, l'assuré ne fournit en l'espèce aucun argument qui permettrait de douter du fait que l'assuré a effectivement reçu des remboursements qui ne lui étaient pas destinés et des chiffres articulés par l'assureur.

8. Force est ainsi de constater que le montant de CHF 5'403.35 versé à l'assuré du 1er septembre 2009 au 15 décembre 2013 l'a été à tort. 9. Aux termes de l'art.

25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Selon la jurisprudence, cela implique que soient réunies les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1^{er} LPGA) de la décision par laquelle les prestations ont été accordées (ATF 130 V 318 consid. 5.2). En ce qui concerne plus particulièrement la révision, l'obligation de restituer des prestations complémentaires indûment touchées et son étendue dans le temps ne sont pas liées à une violation de l'obligation de renseigner. Il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal (ATF 122 V 134 consid. 2e).

10. Dans le cas d'espèce, l'assuré a reçu des prestations pour des soins ne le concernant pas. Qu'il ait réalisé ou non qu'il n'y avait pas droit relève de l'examen de la bonne foi, à effectuer ultérieurement dans le cadre de la demande de remise, le cas échéant. Il y a en effet lieu de rappeler à cet égard que la restitution de prestations vise à rétablir une situation conforme au droit, sans égard à l'éventuelle bonne foi de l'intéressé. Les conditions pour exiger la restitution des prestations indûment perçues sont ainsi remplies.

11. Selon l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution a eu connaissance du fait qui justifie la restitution. Selon la jurisprudence, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû s'apercevoir, en faisant preuve de l'attention raisonnablement exigible, que les conditions d'une restitution étaient données. Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, le point de départ du délai n'est pas le moment où la faute a été commise mais celui auquel l'administration aurait dû dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1). En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour une administration de réclamer le remboursement de prestations versées à tort en cas de faute de sa part (ATF 110 V 304). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (arrêt K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 5.1).

Sur la question du délai de péremption, la réglementation prévue par l'art. 25 al. 2 1^{ère} phrase LPGA reprend, matériellement, le contenu des anciens art. 95 al. 4 1^{ère} phrase LACI et 47 al. 2 1^{ère} phrase LAVS notamment, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Elle vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part.

12. Selon la jurisprudence, le délai de péremption annuel de l'art. 47 al. 2 LAVS ne commence à courir que lorsque l'administration est informée de toutes les circonstances qui sont déterminantes dans le cas concret et dont la connaissance permet de conclure à l'existence, dans son principe et son étendue, d'un droit d'exiger la restitution de prestations à l'égard d'une personne déterminée. Pour que la caisse de compensation puisse s'estimer en droit d'exiger la restitution de prestations, il ne suffit donc pas qu'elle ait seulement connaissance de faits qui pourraient éventuellement créer un tel droit, ou que ce droit soit établi quant à son principe mais non quant à son étendue; il en va de même si la personne tenue à restitution n'est pas précisément connue (ATF 112 V 181 consid. 4a, 111 V 17 consid. 3; RCC 1989 p. 596 consid. 4b). En outre, il faut considérer la créance en restitution comme une créance unique et globale. Avant de rendre la décision en restitution, il faut que la somme totale des rentes versées indûment puisse être déterminée (ATF 111 V 19 consid. 5).

13. 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 (ATF 124 V 380 ; ATFA non publié du 21 mars 2006, C 271/04, consid. 2.5). Elle opère de plein droit, c'est-à-dire qu'elle est toujours examinée d'office par le juge. Au contraire de la prescription, qui ne donne au débiteur qu'une exception qu'il doit faire valoir, la péremption éteint le droit, elle ne laisse pas subsister une obligation naturelle (GRISEL, Traité de droit administratif) et c'est pourquoi le juge doit la relever d'office (cf. GAUCH, SCHLUEP, TERCIER, Partie générale du droit des obligations, tome 2 chiffre 2127).

14. En l'espèce, c'est le 16 décembre 2013 que l'assureur a constaté que le montant de CHF 5'403.35 représentait des remboursements dus à un autre assuré.

15. Aussi, en agissant le 17 mars 2014 pour en réclamer la restitution à l'assuré, l'assureur a-t-il respecté le délai d'un an. La décision de restitution ne peut en conséquence être que confirmée, et le recours rejeté.

16. La chambre de céans attire l'attention de l'intéressé sur le fait que la restitution ne peut être exigée s'il était de bonne foi et si elle le mettait dans une situation financière difficile (art. 25 al. 1 LPGA). Il a ainsi la possibilité de déposer une demande auprès de l'assureur, visant à obtenir la remise de l'obligation de rembourser la somme de CHF 5'403.35 dans les trente jours dès la notification du présent jugement.

17. Il est par ailleurs pris acte de ce qu'une décision sera d'ores et déjà rendue par l'assureur quant à la demande de remise pour le montant de CHF 3'876.80.

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.