

# NE\_GERICHTE CDP.2024.277 vom 5. September 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-09-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2024.277](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.277)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2024.277 du 5 septembre 2025

IT: NE\_GERICHTE CDP.2024.277 del 5 settembre 2025

## Erwägungen

### E. 1

du règlement n° 883/2004 pose le principe de l'unicité du droit applicable, selon lequel les personnes auxquelles le règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre. Les personnes qui, comme la recourante, n'exercent pas d'activité lucrative salariée ou non salariée (ou ne réalisent pas les autres éventualités prévues par l'art. 11 § 1 let. b à d du règlement), sont soumises à la législation du lieu de résidence (art. 11 § 1 let. e du règlement n° 883/2004).

Le titre III du règlement n° 883/2004 contient des règles de conflit pour des situations spéciales dans des branches particulières du système de la sécurité sociale, singulièrement, au chapitre 1 (art. 17 à 35) en ce qui concerne les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées. La nature de règle de conflit ne découle pas toujours directement de la lettre de la disposition. A la différence du titre II, il s'agit de dispositions ponctuelles concernant une branche particulière de la sécurité sociale ou un domaine particulier du droit (ATF 146 V 152 cons. 4.2.2.1 et la réf. cit.).

L'application des règles de conflit du règlement n° 883/2004, qui déterminent la législation applicable, est obligatoire pour les États membres. Elles forment un système de règles de conflit dont le caractère complet a pour effet de soustraire aux législateurs nationaux le pouvoir de déterminer l'étendue et les conditions d'application de leur législation nationale en la matière, quant aux personnes qui y sont soumises et quant au territoire à l'intérieur duquel les dispositions nationales produisent leurs effets (arrêt C-345/09 précité, points 51 s. et 56 ; ATF 146 V 152 cons. 4.2.3.1 et la réf. cit.).

Aux articles 23ss, le règlement n° 883/2004 prévoit des règles de coordination de droit communautaire dans le sens décrit ci-avant en ce qui concerne le droit aux prestations en nature en cas de maladie des titulaires de pension et des membres de leur famille (ATF 144 V 127 cons. 4.2.2.2). L'article 23 prévoit que la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation de deux ou plusieurs États membres, dont l'un est l'État membre de résidence, et qui a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet État membre, bénéficie, tout comme les membres de sa famille, de ces prestations en nature servies par et pour le compte de l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé n'avait droit à la pension qu'en vertu de la législation de cet État membre. Cela signifie que les titulaires de pensions sont soumis à l'assurance obligatoire dans leur pays de résidence s'ils reçoivent une pension même modeste de leur pays de résidence.

3.a) L'article 25 LPGa, aux termes duquel les prestations indûment touchées doivent être restituées, est issu de la réglementation et de la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGa (ATF 130 V 318 cons. 5.2 et les références). Selon cette jurisprudence,

l'obligation de restituer 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 cons. 5.2 et 130 V 380 cons. 2.3.1). La reconsidération et la révision sont réglées à l'article 53 al. 1 et 2 LPGA qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur : selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Une décision est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait qu'elle était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 383 ; arrêt du TF du 07.11.2006 [C 269/05] cons. 3 ; Kieser, ATSG-Kommentar, 3eéd., 2015, n° 52 ad art. 53). Pour conclure qu'une décision (formelle ou matérielle) est manifestement erronée, encore faut-il que les éléments que l'assureur avait au dossier, au moment où il a octroyé les prestations litigieuses, lui permettent d'aboutir à la conclusion que l'assuré n'y avait pas droit (arrêt du TF du 07.11.2006 [C.269/2005] cons.5 ; ATF 126 V 399). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par des autorités judiciaires, l'assureur est tenu de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsqu'il découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA), susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 466 cons. 2c et les références). Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 cons. 2.2 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (arrêt du TF du 17.08.2012 [8C\_583/2011] cons. 3.1).

Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (ATF 129 V 110 cons. 1.1 et les références). Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 132 V 412 cons. 5).

b) Le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1ère phrase, LPGA). Il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 140 V 521 cons. 2.1). Ces délais ne peuvent par conséquent pas être interrompus (cf. ATF 136 II 187 cons. 6). Le délai de péremption est sauvegardé une fois pour toutes lorsque l'autorité a accompli l'acte conservatoire que prescrit la loi. Est déterminant pour la sauvegarde du délai de péremption le moment où la caisse a rendu sa décision de restitution (ATF 138 V 74 cons. 5.2 ; 119 V 431 cons. 3c ; arrêt du TF du

19.10.2022[8C\_366/2022]cons. 5.3.1 et les réf. cit.). Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. La procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-là étaient allouées sont réalisées ; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'article 25 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'article 25 al. 1 2<sup>e</sup> phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 OPGA ;Kieser, ATSG-Kommentar, 2015, no 9 ad art. 25 ; cf. aussi arrêt du TF du 04.01.2012 [9C\_678/2011] cons. 5.2).

4. En l'espèce, la recourante, qui touche une rente de l'Etat espagnol au moins depuis 2017 (cf. certificat de rente établi par le Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale espagnol) réside dans ce pays depuis le 21 décembre 2019. En application de l'article 23 du règlement n° 883/2004, elle relevait ainsi, dès cette date, de la compétence de l'Espagne et avait ainsi l'obligation de s'assurer dans ce pays. L'intimée n'a été informée du versement de cette rente qu'en février 2023 lorsque la recourante lui a fait parvenir la résiliation de sa couverture d'assurance. Dès lors qu'il s'agit indéniablement d'un fait important de nature à conduire à une appréciation juridique différente, mais qui a été découvert après coup, on est en présence d'un motif de révision procédurale. Dans ces circonstances, l'obligation de restituer les prestations indûment perçues vise simplement à rétablir l'ordre légal, après la découverte d'un fait nouveau. Les prestations dont l'intimée demande la restitution ont été versées entre 2020 et 2023 et portent sur des traitements postérieurs au départ de Suisse. Ainsi, en demandant la restitution des prestations versées par décision du 28 décembre 2023, le droit de réclamer la restitution des prestations au sens de l'article 25 al. 2 LPGA n'était pas périmé, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas.

b) Seules les prestations indûment touchées doivent être restituées. En l'occurrence, il ressort du dossier que l'intimée a versé des prestations maladie en faveur de l'assurée pour un total de 41'862.70 francs, alors que c'est l'institution espagnole qui aurait dû les fournir. Après compensation avec les primes perçues durant la période concernée, c'est un solde de 25'720.80 francs ■ montant non contesté en soi, qui était indu et qui appelle restitution.

5. La recourante reproche à l'intimée une violation du devoir de la renseigner, au sens de l'article 27 al. 2 LPGA, quant aux conditions d'affiliation en Suisse. En particulier elle soutient ne pas avoir été rendue attentive au fait que si elle percevait une rente en Espagne, elle ne pourrait pas être assurée pour les soins de base en Suisse et considère que le silence de l'intimée et l'acceptation du paiement des primes et de prise en charge des frais, l'ont confortée dans le fait qu'elle pouvait demeurer assurée en Suisse.

a) Aux termes de l'article 27 al. 1 LPGA, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. L'article 27 al. 2 LPGA prévoit par ailleurs le droit pour chacun d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les

intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'article 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 cons. 4.3, p. 480). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'article 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 cons. 7.2 ; arrêt du TF du 07.03.2011 [9C\_557/2010] cons. 4.1 et les réf. cit.).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'article 9 Cst. féd. (ATF 131 V 472 cons. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 cons. 6.1 et les réf. cit.). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 cons. 5).

b) L'existence d'une éventuelle violation du devoir de l'assureur maladie de renseigner au sens de l'article 27 al. 2 LPGA doit être examinée à la lumière des échanges entre les parties ainsi que des informations dont bénéficiait l'intimée durant la période litigieuse. En l'espèce, dans une note téléphonique du 21 novembre 2019, il est mentionné que l'assurée ne sera plus en Suisse à partir du 20 décembre suivant et précise ceci : « veut garder la LAMal en SUISSE touche une rente AVS suisse et non étrangère ». Par courrier recommandé du 27 janvier 2020, l'intimée a confirmé à l'assurée que dans la mesure où elle touchait uniquement une rente de la Suisse et que son domicile se situait dans un pays de l'UE/AELE, les couvertures d'assurances étaient soumises « aux accords bilatéraux CH-ESP » et qu'elle pouvait offrir une couverture d'assurance obligatoire des soins LAMal. L'assurance précisait cependant que si l'assurée devait ultérieurement toucher une rente dans son pays de domicile, elle devrait alors s'assurer dans ce pays. L'époux de

la recourante a en outre été informé par l'Institution commune LAMal que les rentiers qui reçoivent une rente de leur état de résidence dépendent du système d'assurance social de leur état de résidence. La recourante conteste avoir reçu le courrier de l'intimée du 20 janvier 2020. Compte tenu de la note téléphonique, de la présence au dossier du courrier recommandé du 27 janvier précité, il y a lieu de considérer comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intimée avait bel et bien informé la recourante du système d'assurance sociale, lequel leur a par ailleurs été rappelé par l'Institution commune LAMal en septembre 2021. La recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir requis de sa part un document attestant l'absence de rente en Espagne. On ne voit cependant pas comment l'intéressée aurait pu attester une absence de rente sauf à requérir une attestation de chaque institution sociale susceptible de verser une rente, ce qui n'est pas réalisable.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a réclamé à la recourante la restitution d'un montant de 25'720.80 francs équivalant aux prestations perçues en trop depuis 2020.

On relèvera encore qu'à l'examen du dossier, il ressort que la recourante se prévaut de sa bonne foi sans toutefois alléguer ne pas avoir les moyens de rembourser la somme susmentionnée. La Cour de céans précisera tout de même qu'un tel argument relève de la procédure de remise, laquelle doit uniquement intervenir, si la recourante estime en remplir les conditions, une fois que la procédure de restitution est entrée en force. Elle relève par ailleurs que l'assureur social espagnol semble refuser de prester parce qu'il considère à tort que la recourante était domiciliée en Suisse au moment où les prestations ici déterminantes ont été versées. Cette question mériterait probablement que la recourante obtiennent des informations complémentaires de l'assureur espagnol. Une nouvelle prise de contact avec ce dernier pourrait s'avérer utile.

6.a) Les considérants qui précèdent amènent au rejet du recours.

b) Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), et sans dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Statue sans frais et sans dépens.

Neuchâtel, le 5 septembre 2025

## **E. 2**

Est litigieuse la question du remboursement des prestations que l'intimée a versées aux fournisseurs de soins et que l'assureur réclame à l'assurée. Au regard du caractère transfrontalier des faits déterminants, le litige doit être résolu à la lumière des dispositions du droit européen auquel renvoie l'annexe II de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP), à savoir en particulier le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 ; ci-après: règlement n° 883/2004) et son règlement d'exécution, le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

(RS 0.831.109.268.11 ; ci-après: règlement n° 987/2009), applicables pour la Suisse dès le 1<sup>er</sup> avril 2012 (ATF 143 V 81 cons. 5). Le titre II du règlement n° 883/2004 (art. 11 à 16) comprend des règles générales de conflit pour déterminer la législation applicable. L'article 11 § 1 du règlement n° 883/2004 pose le principe de l'unicité du droit applicable, selon lequel les personnes auxquelles le règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre. Les personnes qui, comme la recourante, n'exercent pas d'activité lucrative salariée ou non salariée (ou ne réalisent pas les autres éventualités prévues par l'art. 11 § 1 let. b à d du règlement), sont soumises à la législation du lieu de résidence (art. 11 § 1 let. e du règlement n° 883/2004). Le titre III du règlement n° 883/2004 contient des règles de conflit pour des situations spéciales dans des branches particulières du système de la sécurité sociale, singulièrement, au chapitre 1 (art. 17 à 35) en ce qui concerne les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées. La nature de règle de conflit ne découle pas toujours directement de la lettre de la disposition. A la différence du titre II, il s'agit de dispositions ponctuelles concernant une branche particulière de la sécurité sociale ou un domaine particulier du droit (ATF 146 V 152 cons. 4.2.2.1 et la réf. cit.). L'application des règles de conflit du règlement n° 883/2004, qui déterminent la législation applicable, est obligatoire pour les États membres. Elles forment un système de règles de conflit dont le caractère complet a pour effet de soustraire aux législateurs nationaux le pouvoir de déterminer l'étendue et les conditions d'application de leur législation nationale en la matière, quant aux personnes qui y sont soumises et quant au territoire à l'intérieur duquel les dispositions nationales produisent leurs effets (arrêt C-345/09 précité, points 51 s. et 56 ; ATF 146 V 152 cons. 4.2.3.1 et la réf. cit.). Aux articles 23ss, le règlement n° 883/2004 prévoit des règles de coordination de droit communautaire dans le sens décrit ci-avant en ce qui concerne le droit aux prestations en nature en cas de maladie des titulaires de pension et des membres de leur famille (ATF 144 V 127 cons. 4.2.2.2). L'article 23 prévoit que la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation de deux ou plusieurs États membres, dont l'un est l'État membre de résidence, et qui a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet État membre, bénéficie, tout comme les membres de sa famille, de ces prestations en nature servies par et pour le compte de l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé n'avait droit à la pension qu'en vertu de la législation de cet État membre. Cela signifie que les titulaires de pensions sont soumis à l'assurance obligatoire dans leur pays de résidence s'ils reçoivent une pension – même modeste – de leur pays de résidence.

### **E. 3**

a) L'article 25 LPGA, aux termes duquel les prestations indûment touchées doivent être restituées, est issu de la réglementation et de la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 318 cons. 5.2 et les références). Selon cette jurisprudence, l'obligation de restituer 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 cons. 5.2 et 130 V 380 cons. 2.3.1). La reconsidération et la révision sont réglées à l'article 53 al. 1 et 2 LPGA qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur : selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Une décision est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait qu'elle était erronée, la seule conclusion possible

étant que tel est le cas (ATF 125 V 383 ; arrêt du TF du 07.11.2006 [C 269/05] cons. 3 ; Kieser , ATSG-Kommentar, 3 e éd., 2015, n° 52 ad art. 53). Pour conclure qu'une décision (formelle ou matérielle) est manifestement erronée, encore faut-il que les éléments que l'assureur avait au dossier, au moment où il a octroyé les prestations litigieuses, lui permettent d'aboutir à la conclusion que l'assuré n'y avait pas droit (arrêt du TF du 07.11.2006 [C.269/2005] cons.5 ; ATF 126 V 399). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par des autorités judiciaires, l'assureur est tenu de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsqu'il découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA), susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 466 cons. 2c et les références). Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 cons. 2.2 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (arrêt du TF du 17.08.2012 [8C\_583/2011] cons. 3.1). Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (ATF 129 V 110 cons. 1.1 et les références). Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 132 V 412 cons. 5). b) Le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA). Il s'agit de délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 140 V 521 cons. 2.1). Ces délais ne peuvent par conséquent pas être interrompus (cf. ATF 136 II 187 cons. 6). Le délai de péremption est sauvegardé une fois pour toutes lorsque l'autorité a accompli l'acte conservatoire que prescrit la loi. Est déterminant pour la sauvegarde du délai de péremption le moment où la caisse a rendu sa décision de restitution (ATF 138 V 74 cons. 5.2 ; 119 V 431 cons. 3c ; arrêt du TF du 19.10.2022 [ 8C\_366/2022 ] cons. 5.3.1 et les réf. cit.). Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. La procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-là étaient allouées sont réalisées ; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'article 25 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'article 25 al. 1 2<sup>e</sup> phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 OPGA ; Kieser , ATSG-Kommentar, 2015,

no 9 ad art. 25 ; cf. aussi arrêt du TF du 04.01.2012 [9C\_678/2011] cons. 5.2).

#### **E. 4**

En l'espèce, la recourante, qui touche une rente de l'Etat espagnol au moins depuis 2017 (cf. certificat de rente établi par le Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale espagnol) réside dans ce pays depuis le 21 décembre 2019. En application de l'article 23 du règlement n° 883/2004, elle relevait ainsi, dès cette date, de la compétence de l'Espagne et avait ainsi l'obligation de s'assurer dans ce pays. L'intimée n'a été informée du versement de cette rente qu'en février 2023 lorsque la recourante lui a fait parvenir la résiliation de sa couverture d'assurance. Dès lors qu'il s'agit indéniablement d'un fait important de nature à conduire à une appréciation juridique différente, mais qui a été découvert après coup, on est en présence d'un motif de révision procédurale. Dans ces circonstances, l'obligation de restituer les prestations indûment perçues vise simplement à rétablir l'ordre légal, après la découverte d'un fait nouveau. Les prestations dont l'intimée demande la restitution ont été versées entre 2020 et 2023 et portent sur des traitements postérieurs au départ de Suisse. Ainsi, en demandant la restitution des prestations versées par décision du 28 décembre 2023, le droit de réclamer la restitution des prestations au sens de l'article 25 al. 2 LPGA n'était pas périmé, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas. b) Seules les prestations indûment touchées doivent être restituées. En l'occurrence, il ressort du dossier que l'intimée a versé des prestations maladie en faveur de l'assurée pour un total de 41'862.70 francs, alors que c'est l'institution espagnole qui aurait dû les fournir. Après compensation avec les primes perçues durant la période concernée, c'est un solde de 25'720.80 francs – montant non contesté en soi, qui était indu et qui appelle restitution.

#### **E. 5**

La recourante reproche à l'intimée une violation du devoir de la renseigner, au sens de l'article 27 al. 2 LPGA, quant aux conditions d'affiliation en Suisse. En particulier elle soutient ne pas avoir été rendue attentive au fait que si elle percevait une rente en Espagne, elle ne pourrait pas être assurée pour les soins de base en Suisse et considère que le silence de l'intimée et l'acceptation du paiement des primes et de prise en charge des frais, l'ont confortée dans le fait qu'elle pouvait demeurer assurée en Suisse. a) Aux termes de l'article 27 al. 1 LPGA, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. L'article 27 al. 2 LPGA prévoit par ailleurs le droit pour chacun d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'article 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 cons. 4.3, p. 480). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'article 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la

personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 cons. 7.2 ; arrêt du TF du 07.03.2011 [9C\_557/2010] cons. 4.1 et les réf. cit.). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'article 9 Cst. féd. (ATF 131 V 472 cons. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 cons. 6.1 et les réf. cit.). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 cons. 5). b) L'existence d'une éventuelle violation du devoir de l'assureur maladie de renseigner au sens de l'article 27 al. 2 LPGA doit être examinée à la lumière des échanges entre les parties ainsi que des informations dont bénéficiait l'intimée durant la période litigieuse. En l'espèce, dans une note téléphonique du 21 novembre 2019, il est mentionné que l'assurée ne sera plus en Suisse à partir du 20 décembre suivant et précise ceci : « veut garder la LAMal en SUISSE touche une rente AVS suisse et non étrangère ». Par courrier recommandé du 27 janvier 2020, l'intimée a confirmé à l'assurée que dans la mesure où elle touchait uniquement une rente de la Suisse et que son domicile se situait dans un pays de l'UE/AELE, les couvertures d'assurances étaient soumises « aux accords bilatéraux CH-ESP » et qu'elle pouvait offrir une couverture d'assurance obligatoire des soins LAMal. L'assurance précisait cependant que si l'assurée devait ultérieurement toucher une rente dans son pays de domicile, elle devrait alors s'assurer dans ce pays. L'époux de la recourante a en outre été informé par l'Institution commune LAMal que les rentiers qui reçoivent une rente de leur état de résidence dépendent du système d'assurance social de leur état de résidence. La recourante conteste avoir reçu le courrier de l'intimée du 20 janvier 2020. Compte tenu de la note téléphonique, de la présence au dossier du courrier recommandé du 27 janvier précité, il y a lieu de considérer comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intimée avait bel et bien informé la recourante du système d'assurance sociale, lequel leur a par ailleurs été rappelé par l'Institution commune LAMal en septembre 2021. La recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir requis de sa part un document attestant l'absence de rente en Espagne. On ne voit cependant pas comment l'intéressée aurait pu attester une absence de rente sauf à requérir une attestation de chaque institution sociale susceptible de verser une rente, ce qui n'est pas réalisable. En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a réclamé à la recourante la restitution d'un montant de 25'720.80 francs équivalant aux prestations perçues en trop depuis 2020. On relèvera encore qu'à l'examen du dossier, il ressort que la recourante se prévaut de sa bonne foi sans toutefois alléguer ne pas avoir les moyens de

rembourser la somme susmentionnée. La Cour de céans précisera tout de même qu'un tel argument relève de la procédure de remise, laquelle doit uniquement intervenir, si la recourante estime en remplir les conditions, une fois que la procédure de restitution est entrée en force. Elle relève par ailleurs que l'assureur social espagnol semble refuser de prester parce qu'il considère à tort que la recourante était domiciliée en Suisse au moment où les prestations ici déterminantes ont été versées. Cette question mériterait probablement que la recourante obtiennent des informations complémentaires de l'assureur espagnol. Une nouvelle prise de contact avec ce dernier pourrait s'avérer utile.

#### **E. 6**

a) Les considérants qui précèdent amènent au rejet du recours. b) Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), et sans dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

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