RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/181/2005** **ATAS/790/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 4

## du 14 septembre 2005

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame C_____, domiciliée à Genève | recourante |
| contre | |
| FUTURA, GROUPE MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, à Martigny | intimée |

**Siégeant : Mmes Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, juges**

## EN FAIT

1. Madame C_____ est assurée auprès de la FUTURA, GROUPE MUTUEL ASSURANCES (ci-après la caisse-maladie) notamment pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

2. L'assurée a suivi une psychothérapie chez la Dresse R_____, médecin-psychiatre, à partir du 28 novembre 1995, tout d'abord à raison d'une séance hebdomadaire, puis à partir d'avril 1996 à raison de deux séances hebdomadaires.

3. Par courrier du 26 juillet 2001, la caisse-maladie a informé la Dresse R_____ que seule une séance de psychothérapie d'une heure par semaine serait prise en charge dès janvier 2002, conformément aux dispositions de la LAMal. L'assurance laissait le soin à la psychiatre d'aviser sa patiente de cette diminution de prestations.

4. Par courrier du 13 janvier 2003, la caisse-maladie a informé l'assurée que malgré son courrier du 26 juillet 2001 à la Dresse R_____, par lequel elle limitait la prise en charge des séances, elle avait continué, à tort, à rembourser deux séances hebdomadaires en 2002. Elle lui demandait en conséquence la restitution de la somme de 4'917 fr. versée indûment.

5. Par courrier du 30 mars 2003, l'assurée a contesté devoir ce montant, n'ayant jamais reçu de courrier de la part de la caisse-maladie l'informant d'une diminution des prestations.

6. Par lettre du 18 juin 2003, la Dresse R_____ a confirmé à la caisse-maladie avoir reçu son courrier du 26 juillet 2001.

7. Le 12 août 2003, la caisse-maladie a adressé à l'Office des poursuites une réquisition de poursuite pour la somme de 4'917 fr. avec intérêts à 5% dès le 12 août 2003, frais de sommation de 20 fr. et frais d'ouverture de dossier de 30 fr. en sus.

8. L'Office des poursuites a notifié à l'assurée, en date du 10 septembre 2003, un commandement de payer, poursuite n° 03 210165 P pour les montants susmentionnés, majorés des frais de commandement de payer.

9. L'assurée a formé opposition à ce commandement de payer, sollicitant, par courrier du 14 septembre 2003, les motifs de la limitation du traitement en 2002.

10. Par courrier du 25 septembre 2003, la caisse-maladie a transmis à l'assurée copie de son courrier du 26 juillet 2001 adressé à la Dresse R_____. Elle lui a expliqué que cette dernière lui avait confirmé l'avoir informée de la limitation du traitement à une séance hebdomadaire dès le 1er janvier 2002. Cependant, la caisse-maladie avait continué à tort à rembourser deux séances hebdomadaires jusqu'en

novembre 2002 et sollicitait par conséquent la restitution des prestations versées indûment en 2002.

11. Par décision du 7 octobre 2003, la caisse-maladie a levé l'opposition formée au commandement de payer pour le montant de 4'967 fr. (4'917 fr. + 30 fr. + 20 fr.).

12. Par courrier du 2 novembre 2003, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a allégué avoir été informée verbalement par la Dresse R_____, en juillet 2001, de la possibilité que la caisse-maladie diminuât ses prestations et ne payât qu'une séance à partir de l'année 2002. Elle n'avait cependant reçu aucune décision de son assurance. Enfin, elle a précisé qu'elle aurait réduit sa thérapie à une séance hebdomadaire en 2002, si elle avait été avisée de la diminution de la prise en charge par la caisse-maladie.

13. Par décision sur opposition du 23 décembre 2004, la caisse-maladie a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a fait valoir que selon l'art. 90 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, si en dépit d'une sommation, l'assuré ne payait pas les primes ou la participation aux coûts échus, l'assureur devait engager une procédure de poursuite. En l'occurrence, deux séances de psychothérapie hebdomadaires avaient été remboursées à tort pendant l'année 2002 et ces prestations devaient dès lors être restituées. Il convenait par conséquent de confirmer la décision de mainlevée de l'opposition au commandement de payer.

14. Par courrier du 22 janvier 2005, l'assurée a recouru auprès du Tribunal de céans contre cette décision sur opposition, contestant devoir payer un quelconque montant en restitution. En effet, l'erreur émanait de la caisse-maladie ; elle n'avait elle-même rien à se reprocher, s'étant toujours acquittée des franchises et des primes en temps utile.

15. Dans sa réponse du 22 février 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le 26 juillet 2001, elle avait écrit à la Dresse R_____ que son psychiatre-conseil avait estimé que les renseignements médicaux transmis ne justifiaient pas la fréquence de deux séances hebdomadaires de psychothérapie, c'est pourquoi, elle avait décidé de limiter ses prestations dès janvier 2002 à une seule séance hebdomadaire. Elle avait cependant continué à tort à rembourser deux séances hebdomadaires en 2002 et sollicitait la restitution des prestations versées indûment. En effet, selon l'art. 3 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), sous réserve d'exceptions dûment motivées, seul un traitement de deux séances d'une heure par semaine pendant les trois premières années, puis d'une séance d'une heure par semaine pendant les trois années suivantes et enfin d'une séance d'une heure toutes les deux semaines, était pris en charge par l'assurance-maladie de base.

16. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue en date du 1er juin 2005 devant le Tribunal de céans. La recourante a expliqué être en

traitement chez la Dresse R_____ depuis la fin de l'année 1996 à raison de deux séances de psychothérapie par semaine. En juillet 2001, ce médecin lui avait indiqué qu'il était possible que l'assurance ne rembourse plus qu'une séance par semaine à partir de 2002. Elle avait convenu avec cette dernière, au cas où l'assurance ne rembourserait qu'une seule séance hebdomadaire, qu'elle diminuerait la fréquence des séances, ne pouvant les payer elle-même. En revanche, la Dresse R_____ était d'avis qu'il était bon pour les patients de s'investir davantage financièrement et de payer de leur poche. La recourante avait eu des discussions houleuses avec son médecin quant à l'aspect financier des soins. La Dresse R_____ lui avait même proposé de suivre trois séances par semaine, ce qu'elle avait refusé, en raison de la charge financière. Ainsi, ayant constaté que la caisse-maladie lui remboursait deux séances hebdomadaires en 2002, elle avait continué la thérapie à cette fréquence.

La caisse-maladie a quant à elle exposé qu'habituellement elle informait directement les assurés d'une diminution de la prise en charge d'un traitement, mais qu'en raison d'une demande insistante de la part des psychiatres genevois, liée à une question de déontologie, elle n'informait que le psychiatre de la limitation des prestations, charge à lui d'en informer le patient. L'assurée avait été remboursée depuis plusieurs années à raison de deux séances hebdomadaires. Or, à partir de 2002, la limitation du remboursement à une heure par semaine était justifiée en vertu de l'art. 3 OPAS. Malheureusement, elle avait continué à rembourser les factures présentées jusqu'en novembre 2002 sur la base de deux séances par semaine, en raison d'une erreur de gestion. Enfin, elle a admis la bonne foi de la recourante.

17. En réponse à une demande du Tribunal de céans du 26 juillet 2005, l'intimée a notamment transmis le rapport de la Dresse R_____ du 23 juillet 2001, sur la base duquel elle avait réduit ses prestations à une séance hebdomadaire depuis janvier 2002.

18. Le 25 août 2005, la Dresse R_____ a donné suite à un courrier du Tribunal de céans du 26 juillet 2005, confirmant qu'à la réception de la lettre de la caisse du 26 juillet 2001, elle avait informé oralement sa patiente de la diminution de la prise en charge des séances de psychothérapie par l'assurance à une séance hebdomadaire depuis janvier 2002.

19. Ces documents ont été communiqués aux parties et la cause gardée à juger.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. Interjeté dans les formes et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. La présente cause concerne une demande de restitution de l'assurance-maladie auprès de son assurée, basée sur l'art. 25 LPGA.

   La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-maladie. La décision sur opposition a été rendue après l'entrée en vigueur de la LPGA, mais elle concerne des prestations allouées avant le 1er janvier 2003. Au titre des dispositions transitoires de la LPGA, l'art. 82 al. 1 première phrase LPGA prescrit que les dispositions matérielles de la LPGA ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur. Dans les travaux préparatoires de la LPGA, l'art. 25 LPGA (alors art. 32 du projet), relatif à la restitution des prestations indûment touchées est spécialement mentionné comme exemple d'une disposition qui ne serait pas applicable à des prestations déjà versées avant l'entrée en vigueur de la loi (FF 1991 II p. 266 ss.). En revanche, selon Ueli Kieser (ATSG-Kommentar, note 9 ad art. 82), dans la mesure où la question de la restitution se pose après le 1er janvier 2003, le nouveau droit est applicable dès lors qu'il est statué sur la restitution après son entrée en vigueur et quand bien même la restitution porte sur des prestations accordées antérieurement. Toutefois, la question du droit pertinent ratione temporis ne revêt pas une importance décisive en l'espèce, du moment que les principes applicables à la restitution selon la LPGA sont issus de la réglementation et de la jurisprudence antérieures (Ueli Kieser, op.

cit., note 9 ad art. 82). Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. Jusqu'au 31 décembre 2002, l'art. 47 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA) était applicable par analogie à la restitution par un assuré de prestations d'assurance-maladie sociale indûment versées (ATF 126 V 23 ; RAMA 2001 n° KV 158 p. 161 consid. 6a). Depuis le 1er janvier 2003, l'art. 25 LPGA prescrit à ses al. 1 et 2 ce qui suit : «1. Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. 2. 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 ». Selon l'art. 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA), la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile. Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire. La demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution. La remise fait l'objet d'une décision.

   Comme par le passé, l'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la jurisprudence rendue à propos de l'art. 47 al. 1 LAVS ou de l'art. 95 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI ; ATF 129 V 110 consid. 1.1; 126 V 23 consid. 4b; 122 V 21 consid. 3a ; 368 consid. 3 et les arrêts cités) 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 (Ueli Kieser, op. cit., note 2 ss. ad art. 25; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berne 2003 § 42, p. 279; Edgar Imhof/Christian Zünd, ATSG und Arbeitslosenversicherung, in: RSAS 2003 p. 304 ss. [à propos de l'art. 95 LACI]; Jürg Brechbühl, Umsetzung des ATSG auf Verordnungsebene / Verordnung zum Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in : Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], Saint-Gall 2003, p. 208).

   Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et 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. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). A noter que la révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA. Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement a néanmoins acquis force de chose décidée (ATF 122 V 369 consid. 3). 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 dans un acte administratif susceptible de recours.

6. Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal (ATF 125 V 28 consid. 5b). A l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS). Selon l'art. 2 OPAS, l'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon les méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. La psychothérapie pratiquée en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement d'une maladie n'est pas pris en charge. Sous réserve d'exceptions dûment motivées, est pris en charge le traitement équivalent à : a. deux séances d'une heure par semaine pendant les trois premières années ; b. une séance d'une heure par semaine pendant les trois années suivantes ; c. une séance d'une heure toutes les deux semaines par la suite (art. 3 al. 1 OPAS). Pour que, après un traitement équivalent à soixante séances d'une heure dans une période de deux ans, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée (art. 3 al. 2 OPAS). Le médecin-conseil propose à l'assureur si la psychothérapie peut être continuée aux frais de l'assurance et dans quelle mesure. Lorsque le traitement est poursuivi, le médecin traitant doit adresser au médecin-conseil, au moins une fois par an, un rapport relatif à la poursuite et à l'indication de la thérapie (art. 3 al. 3 OPAS).

7. Le litige porte sur la restitution de la somme de 4'917 fr., versée au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Le Tribunal de céans constate tout d'abord que la recourante soutient que la demande de restitution est mal fondée (cf. son courrier du 14 septembre 2003).

L'assurée a bénéficié de deux séances hebdomadaire de psychothérapie depuis fin avril 1998, étant précisé que la thérapie a débuté le 28 novembre 1995, à raison d'une séance hebdomadaire. Dans un premier rapport du 28 avril 1999 à l'attention du psychiatre-conseil de l'intimée, la Dresse R_____ a diagnostiqué un état dépressif ou anxieux, des somatisations, une personnalité évitante avec caractéristiques phobiques, un isolement affectif ainsi que des troubles de la vue (myopie grave opérée en février 1999). Elle notait après deux ans et demi et thérapie une amélioration extrêmement lente sur plusieurs plans. Il y avait une diminution des affects dépressifs et anxieux, une diminution de la tension psychique avec plus de sécurité intérieure et plus de mobilité dans l'expression émotionnelle. La patiente se sentait plus à l'aise dans les situations sociales auxquelles l'exposait sa profession dans l'hôtellerie, alors qu'auparavant elle vivait de façon douloureuse des moments de phobies sociales qu'elle ne pouvait gérer. La perspective était celle d'une évolution très lente mais positive. L'indication posée pour la continuation de la psychothérapie était de deux séances hebdomadaires pour une durée indéterminée. Dans un rapport du 23 juillet 2001, la Dresse R_____ constate une évolution favorable dans l'ensemble. Elle note une meilleure estime de soi de la part de la patiente, ainsi qu'une amélioration de la gestion des conflits. Le Déroxat a été progressivement arrêté de décembre 2000 à l'été 2001 ; deux séances de psychothérapie par semaine seraient souhaitables.

L'intimée a ainsi pris en charge deux séances hebdomadaires depuis avril 1998 pendant plus de trois ans (en avril 2001, la recourante continuait à bénéficier du remboursement de deux séances hebdomadaires). Or, selon l'art. 2 OPAS, ce n'est que sous réserve d'une exception dûment motivée que le traitement peut être poursuivi à la fréquence de deux séances par semaine après une première période de trois ans. Dans son rapport de juillet 2001, la Dresse R_____ constate une évolution favorable ainsi que l'arrêt des médicaments. Elle estime en outre que la continuation de la psychothérapie à raison de deux séances par semaine serait souhaitable. La psychiatre traitante n'indique donc plus que cette fréquence est nécessaire, contrairement à ce qu'elle notait dans son rapport précédent. Dès lors, un traitement aussi soutenu ne se justifiait pas au regard de l'art. 2 al. 1 OPAS. C'est donc à bon droit que l'intimée a décidé de réduire ses prestations à une séance hebdomadaire à partir de janvier 2002, soit huit mois après les trois premières années, pendant lesquelles la recourante a bénéficié d'un traitement de deux séances d'une heure par semaine.

8. Dès lors que le traitement à raison de deux séances hebdomadaires n'était plus à la charge de l'assurance-maladie sociale à partir de janvier 2002, il reste à examiner la question de la restitution.

   En l'espèce, c'est de toute évidence par erreur - manifeste - que l'intimée a continué à rembourser à la recourante un traitement de deux séances hebdomadaires de janvier à novembre 2002. Cette prise en charge ne reposait en effet sur aucune base juridique pertinente. Il appert en outre que dès juillet 2001, date du courrier de la caisse-maladie à la Dresse R_____, l'intimée avait pris la décision de limiter ses prestations à une séance hebdomadaire à partir de janvier 2002. Elle a néanmoins commis l'erreur de ne pas en informer directement son assurée, ce qui pourrait constituer une violation de l'obligation de renseigner au sens de l'art. 16 LAMal, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (en relation avec l'art. 78 LPGA ; cf. pour cette question le point 9 ci-dessous). Ainsi, le remboursement par l'intimée des prestations litigieuses, en dehors d'un état de faits visé par les dispositions de l'OPAS, était donc entaché d'une inexactitude manifeste et cela indépendamment d'une communication de la caisse-maladie à son assurée (cf. SVR 2001 KV n° 42 p. 121 consid. 6c et ATFA non publié du 12 mars 2004, en la cause K 147/03). La condition de l'importance notable est en outre remplie, ainsi que celle du délai d'un an dès la connaissance de l'erreur du droit de demander la restitution, puisque l'on peut estimer que cette connaissance a eu lieu en décembre 2002, mois pour lequel l'intimée a cessé de rembourser deux séances par semaine.

   De ce qui précède, il résulte que la décision de restitution était justifiée.

9. Cependant, le Tribunal de céans constate que la demande de la recourante de ne pas être tenue à restitution de la somme litigieuse vaut action en responsabilité contre la caisse-maladie, selon l'art. 78 LPGA, puisque l'assurée invoque une violation de l'obligation de renseigner de l'intimée à son égard. Elle affirme en effet que si elle avait été informée de la diminution des prestations dès janvier 2002, elle aurait réduit son traitement à une séance hebdomadaire dès cette date, de manière à ne pas devoir payer elle-même une partie dudit traitement.

   L'art. 78 LPGA prévoit que les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent des dommages causés illicitement à un assuré ou à un tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). Il n'y a pas de procédure d'opposition (al. 4).

   Les conditions de l'action en responsabilité sont l'existence d'un dommage, un acte illicite, soit la transgression d'une norme écrite ou non écrite par l'administration et une relation de causalité adéquate entre les deux (cf. François KOLLY, OFAS, Responsabilité et recours dans la LPGA, in Journée des tribunaux cantonaux des assurances sociales consacrée à la LPGA, du 6 novembre 2002). Au titre des

dispositions transitoires de la LPGA, l'art. 82 al. 1 première phrase LPGA prescrit que les dispositions matérielles de la LPGA ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur. Cependant Ueli Kieser a estimé à propos de la restitution - question connexe, puisque c'est en raison de la demande de restitution de la caisse-maladie que l'existence du dommage a été connue - que dans la mesure où la question de la restitution se pose après le 1er janvier 2003, le nouveau droit est applicable dès lors qu'il est statué sur la restitution après son entrée en vigueur et quand bien même la restitution porte sur des prestations accordées antérieurement (in ATSG-Kommentar, note 9 ad art. 82). Ainsi, en l'occurrence, la question du dommage se pose effectivement après le 1er janvier 2003 et il convient donc d'appliquer le nouveau droit, même si l'éventuel acte illicite de l'intimée s'est produit en 2001 ou 2002 et quand bien même le dommage porte sur des prestations accordées antérieurement.

En l'état, le Tribunal de céans ne peut se pencher sur la question d'une éventuelle violation par l'intimée de son devoir d'informer selon l'art. 16 LAMal, l'art. 78 al. 2 LPGA prévoyant expressément que l'autorité compétente (en l'occurrence la caisse-maladie) rende une décision après que le lésé ait présenté une demande en réparation (ATFA non publié du 15 mars 2005 en la cause I 806/04). Par conséquent, le recours sera partiellement admis ; la décision sur opposition litigieuse sera confirmée en ce sens que la demande de restitution doit être déclarée bien-fondée et le dossier renvoyé à l'intimée pour décision sur action en responsabilité - sujette à recours devant le Tribunal de céans, et non à opposition -, qu'elle est invitée à rendre dans les plus brefs délais.

Enfin, au cas où la demande en réparation serait écartée et que la recourante ne se voit pas libérée de l'obligation de restituer sur cette base, l'intimée statuera également sur la question de la remise de l'obligation de restituer, sous l'angle de la bonne foi et de la situation difficile, conformément à l'art. 4 OPGA.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Rejette le recours contre la décision de restitution.

3. En l'état, rejette la demande de mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 03 210165 P.

4. Renvoie le dossier à l'intimée pour décision sur action en responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA, et en cas de rejet de cette action, pour décision sur demande de remise au sens de l'art. 4 OPGA.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

| Le greffier | La Présidente : |
|---|---|
| Walid BEN AMER | Juliana BALDE |

La secrétaire-juriste : Frédérique Glauser

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le