RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2066/2021 **ATAS/291/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mars 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VILLY-LE-BOUVERET, France — recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY — intimée

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1975, de nationalité française, domiciliée en France, au bénéfice d'un permis G (frontalière), a travaillé en tant que secrétaire auprès d'un employeur sis dans le canton de Genève du 1er juin 2011 au 28 février 2018, date de la fin des rapports de travail consécutive à son licenciement. Pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2018, l'intéressée était affiliée à MUTUEL assurance-maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, par le biais d'une convention-cadre souscrite par l'employeur de son époux.

b. Le 19 mars 2020, l'intéressée a demandé à Mutuel de bien vouloir lui transmettre le formulaire E108 intitulé « Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité » dûment complété, en expliquant que la sécurité sociale française ne l'indemnisait plus depuis deux mois, à défaut d'avoir reçu ce document, et en ajoutant ne pas vouloir s'affilier définitivement à l'assurance-maladie française. Elle a joint une attestation signée par son ex-employeur le 1er mars 2018, ainsi qu'un courrier de Pôle emploi (en France) du 26 mars 2018 confirmant son inscription sur la liste des demandeurs d'emploi depuis le 28 février 2018.

c. Sur ce, le 6 avril 2020, Mutuel a informé l'intéressée de la résiliation de la police d'assurance au 28 février 2018 et de ce qu'elle adresserait le formulaire précité à la Caisse primaire de l'assurance-maladie de Haute-Savoie (ci-après : CPAM de Haute-Savoie).

d. Le 4 mai 2020, la CPAM de Haute-Savoie a accusé réception du formulaire E108, dans lequel Mutuel avait indiqué que le droit à des prestations attesté par le formulaire E106 le 23 septembre 2015 avait été suspendu ou supprimé, car l'intéressée avait cessé d'être assurée en son sein depuis le 28 février 2018.

B. **a.** Par décision du 28 août 2020, Mutuel, après avoir mentionné que la couverture d'assurance de l'intéressée avait dû être supprimée au 1er mars 2018 en raison de son exemption de l'assurance en Suisse, a sollicité de celle-ci la restitution de CHF 974.40, correspondant aux prestations qu'elle lui avait versées à tort depuis cette date.

b. Par lettre du 24 septembre 2020, l'intéressée a fait savoir à Mutuel qu'elle n'était pas en mesure de lui rembourser ce montant, au motif qu'elle ne disposait d'aucune ressource et que les « événements s'[étaient produits] dans l'ignorance totale d'une quelconque illégalité de la situation ».

c. À l'issue d'un échange de correspondances entre les parties, par décision du 12 novembre 2020, confirmée sur opposition le 16 avril 2021, Mutuel a refusé d'accorder la remise de l'obligation de restituer, l'intéressée ne pouvant pas se prévaloir de sa bonne foi.

C. **a.** Par pli du 7 mai 2021 adressé à Mutuel, et transmis par cette dernière à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) le 16 juin 2021 comme objet de sa compétence, l'intéressée a sollicité la révision de la décision sur opposition du 16 avril 2021 à l'aune des faits relatés dans ce courrier.

b. Invitée à se déterminer, dans sa réponse du 6 août 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Invitée à son tour à répliquer, la recourante ne s'est pas manifestée dans le délai imparti à cet effet.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

1.1 En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.2 La recourante, domiciliée en France, a travaillé avant d'être au chômage pour le compte d'un employeur établi dans le canton de Genève.

La chambre de céans est par conséquent compétente ratione loci et materiae pour juger du cas d'espèce.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

3.1 Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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 ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3.2 Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4.1 Le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (art. 64 al. 2 LPA).

4.2 En l'espèce, quand bien même, dans son courrier du 7 mai 2021, la recourante n'a pas expressément indiqué former recours contre la décision sur opposition du 16 avril 2021, on comprend qu'elle conteste cette décision et demande son annulation. Cet acte de recours, rédigé par une justiciable non représentée par un avocat, satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; ATAS/689/2017 du 21 août 2017 consid. 4b). Par ailleurs, ce recours, bien qu'adressé à l'intimée – qui l'a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence le 16 juin 2021 conformément aux principes légaux applicables – a néanmoins été formé en temps utile.

Il sera par conséquent déclaré recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut bénéficier d'une remise de l'obligation de restituer les prestations de l'assurance-maladie obligatoire perçues à tort du 1er mars au 31 décembre 2018 à concurrence de CHF 974.40.

6. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, 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. Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2019 du 9 juillet 2020 consid. 4.1).

Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire : s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de trente jours ; en revanche, s'il admet avoir perçu indûment des prestations, mais qu'il invoque sa bonne foi et des difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas de remboursement, il doit présenter une demande de remise. La demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue faisant l'objet d'une procédure distincte. On précisera encore que selon l'art. 4 al. 4 de l'ordonnance fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA – RS 830.11), une telle demande doit être déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_814/2017 du 11 mars 2019 consid. 6 et les références).

7. Selon l'art. 31 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation (al. 1). Toute personne ou institution participant à la mise en œuvre des assurances sociales a l'obligation d'informer l'assureur si elle apprend que les circonstances déterminantes pour l'octroi de prestations se sont modifiées (al. 2).

8. Savoir si la condition de la bonne foi, présumée en règle générale (art. 3 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 - CC - RS 210), est réalisée doit être examiné dans chaque cas à la lumière des circonstances concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.1). La condition de la bonne foi doit être remplie dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.1 et les références).

La jurisprudence constante considère que l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. En revanche, l'assuré peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 138 V 218 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_43/2020 du 13 octobre 2020 consid. 3 et 9C_16/2019 du 25 avril 2019 consid. 4).

On parlera de négligence grave lorsque l'ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 176 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2019 du 25 avril 2019 consid. 4). La mesure de l'attention nécessaire qui peut être exigée doit être jugée selon des critères objectifs, où l'on ne peut occulter ce qui est possible et raisonnable dans la subjectivité de la personne concernée (faculté de jugement, état de santé, niveau de formation, etc. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2016 du 26 septembre 2016 consid. 3.1 ; Sylvie PÉTREMAND, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 69 ad art. 25 LPGA). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, l'assuré aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour

calculer son droit aux prestations. On peut attendre d'un assuré qu'il décèle des erreurs manifestes et qu'il en fasse l'annonce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2012 du 7 mars 2013 consid. 4.2). On ajoutera que la bonne foi doit être niée quand l'enrichi pouvait, au moment du versement, s'attendre à son obligation de restituer, parce qu'il savait ou devait savoir, en faisant preuve de l'attention requise, que la prestation était indue (art. 3 al. 2 CC ; ATF 130 V 414 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_319/2013 du 27 octobre 2013 consid. 2.2).

En revanche, l'intéressé peut invoquer sa bonne foi si son défaut de conscience du caractère indu de la prestation ne tient qu'à une négligence légère, notamment, en cas d'omission d'annoncer un élément susceptible d'influer sur le droit aux prestations sociales considérées, lorsque ladite omission ne constitue qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner sur un tel élément (ATF 112 V 97 consid. 2c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_16/2019 précité consid. 4 et 9C_14/2007 du 2 mai 2007 consid. 4 ; DTA 2003 n° 29 p. 260 consid. 1.2 et les références ; RSAS 1999 p. 384 ; Ueli KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts - ATSG, 2020, n. 65 ad art. 25 LPGA).

9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

10. En l'espèce, dans son courrier du 24 septembre 2020, la recourante n'a pas contesté le bien-fondé de la créance de restitution de l'intimée, ni dans son principe, ni dans sa quotité, mais s'est contentée d'invoquer sa situation financière difficile et sa bonne foi. Aussi l'intimée pouvait-elle traiter la demande de remise de l'obligation de restituer sur le fond comme si la décision de restitution du 28 août 2020 était entrée en force (arrêt du Tribunal fédéral P.63/06 du 14 mars 2007 consid. 4.2.2 a contrario).

10.1 La recourante se prévaut de sa bonne foi, en arguant n'avoir jamais été informée du fait que sa situation de chômage en France impliquait automatiquement la résiliation de sa police d'assurance auprès de l'intimée.

10.2 La recourante, en tant que résidente en France et exerçant une activité lucrative en Suisse jusqu'au 28 février 2018, était tenue de s'assurer à l'assurance-maladie suisse (art. 1 al. 2 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]), à moins d'opter pour

le régime d'assurance-maladie de son pays de résidence selon les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie entre la Suisse et la France (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 ; ATAS/367/2019 du 24 avril 2019 consid. 4-5), ce qu'elle n'avait pas fait. Comme elle le relève, au bénéfice ensuite de prestations françaises de chômage à compter du 1er mars 2018, elle était en réalité exemptée d'office de l'obligation de s'assurer en Suisse dès cette date (art. 2 al. 1 let. d OAMal ; ATAS/944/2016 du 16 novembre 2016 consid. 10).

Le point de savoir si on peut lui reprocher ou non d'avoir commis une violation de l'obligation d'aviser, en n'annonçant pas à l'intimée la perception d'indemnités de chômage en France, peut demeurer ouverte, car là n'est pas la question.

En effet, quoi qu'en dise la recourante, la chambre de céans constate que, durant la période litigieuse du 1er mars au 31 décembre 2018, celle-ci a, à sa demande, obtenu de l'intimée le remboursement de frais médicaux à hauteur de CHF 974.40, alors qu'elle était également affiliée auprès de la sécurité sociale française pour la prise en charge de ses frais de santé. Elle s'était donc retrouvée, en connaissance de cause, dans une situation de double affiliation pour le même risque (maladie).

Or, le citoyen lambda aurait évité une situation d'affiliation simultanée (qui entraîne le paiement de primes), et pour ce faire, se serait renseigné, et aurait donc déclaré à son assureur-maladie suisse sa couverture d'assurance-maladie à l'étranger.

Toujours est-il que la recourante, sans emploi, n'aurait pas manqué d'informer l'intimée en mars 2018 déjà de son affiliation auprès de la sécurité sociale française (gratuite de son aveu) à partir du 1er mars 2018 si elle avait payé personnellement les primes de l'assurance-maladie suisse, d'un montant mensuel – élevé – de CHF 465.-. D'après le certificat d'assurance 2018, cette prime mensuelle était facturée au cocontractant de la convention-cadre, à savoir l'employeur de l'époux, et non pas à la recourante, bien qu'elle fût la personne assurée (à l'époque). Celle-ci a signalé à l'intimée l'existence de sa couverture d'assurance en France deux ans plus tard uniquement lorsque, la sécurité sociale française qui avait cessé de prester, requérait de la part de l'intimée le formulaire E108 dûment complété pour pouvoir continuer à indemniser la recourante.

Pourtant, cette dernière savait qu'en sa qualité de frontalière (résidente française travaillant en Suisse), l'assureur-maladie suisse prenait en charge ses frais de traitements prodigués en France (art. 17 du Règlement [CE] no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, applicable pour la Suisse dès le 1er avril 2012 [RS 0.831.109.268.1] ; voir également dans le même sens : art. 19 al. 1 let. a du Règlement [CEE] n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté européenne, en vigueur du 1er juin 2002 au 31 mars 2012).

Il s'ensuit que la recourante pouvait, dès le 1er mars 2018, demander tant à l'assureur-maladie suisse qu'à la sécurité sociale française le paiement de ses factures de traitements médicaux suivis en France. Elle ne pouvait ignorer que cette « faculté » découlait de son affiliation simultanée aux régimes suisses et français d'assurance-maladie.

En tant que cette circonstance lui était à l'évidence connue, il lui incombait de l'annoncer à l'intimée, conformément à l'art. 5 ch. 1 des dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal jointes au certificat d'assurance 2018, aux termes duquel « l'assuré est tenu d'informer l'assureur de toute prestation de tiers (p. ex. assurance-accidents, assurance RC, assurance militaire ou d'invalidité, assurance complémentaire privée) pour autant que l'assureur doive allouer des prestations d'assurance pour le même cas d'assurance ».

Force est de conclure que, la recourante, en ne déclarant pas à l'intimée son affiliation simultanée auprès de l'assureur social français qui la couvrait pour le même risque, a – en tout cas – fait preuve de négligence grave au sens de la jurisprudence.

10.3 L'intimée était par conséquent fondée à nier sa bonne foi, et à ne pas examiner si la restitution des prestations perçues indûment pourrait la mettre dans une situation difficile, les deux conditions de la remise de l'obligation de restituer étant cumulatives.

11. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Fabienne MICHON RIEBEN

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