

EN FAIT

1. Madame K_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1981, mariée et mère de famille, est assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de X_____ SA (ci-après la caisse ou l'intimée).
2. Dans le courant de l'année 2006, l'assurée a subi divers traitements de fécondation in vitro. Les frais y relatifs ainsi que d'autres factures ont été pris en charge par la caisse.
3. Par courrier du 11 septembre 2007, la caisse a informé l'assurée que le traitement concernant le transfert d'embryon n'était pas une prestation obligatoire et que, partant, elle serait certainement dans l'obligation d'effectuer des corrections quant aux prestations accordées.
4. Par courrier du 3 juillet 2008, la caisse a informé l'assurée qu'un décompte rectificatif lui parviendrait prochainement s'agissant des prestations dont elle demandait la restitution. Elle a informé cette dernière que si elle n'était pas en mesure de verser le montant réclamé en une fois, il lui était loisible de prendre contact avec elle.
5. En date du 9 octobre 2008, la caisse a adressé à l'assurée des sommations de paiement pour un montant total de 8'003.30 fr.
6. Depuis le 22 janvier 2009, l'assurée est en incapacité de travail et perçoit des prestations de l'assurance indemnité journalières HELSANA ASSURANCES SA de l'un de ses anciens employeurs.
7. En date du 9 février 2009, la caisse a notifié à l'assurée un commandement de payer pour un montant de 8'514.85 fr.
8. Par lettre recommandée du 14 février 2009 adressée à l'Office des poursuites, l'assurée a fait opposition audit commandement de payer.
9. Par ailleurs, par courrier recommandé du 14 février 2009, l'assurée a invité la caisse à lui fournir les justificatifs des factures sur lesquelles cette dernière se fondait pour lui réclamer la somme de 8'384.85 fr. Elle a également requis que la caisse lui explique par écrit les raisons pour lesquelles il lui incombait de régler le montant susmentionné, lequel était largement supérieur à la participation annuelle maximale d'un assuré. Elle a par ailleurs souligné que la caisse était entrée en matière pour le paiement du montant réclamé et l'avait réglé dans son intégralité.

10. Par courrier du 16 février 2009, la caisse a informé l'assurée que les montants réclamés correspondaient au décomptes de prestations des 9 mai, 8 août, 5 et 12 décembre 2006, 24 janvier, 21 février, 15 et 30 mai, 11 juillet et 8 août 2007. Selon elle, toutes ces prestations concernaient des transferts d'embryon lesquels n'étaient pas pris en charge par le volet obligatoire des caisses-maladies.
11. Par décision du 23 février 2009, la caisse a levé l'opposition formée par l'assurée en date du 14 février 2009.
12. Dans une attestation du 4 mars 2009, le Dr A_____, spécialiste en gynécologie, obstétrique, médecine de la reproduction et médecin-traitant, a indiqué avoir examiné l'assurée les 2 et 23 juin 2006 pour des investigations et qu'un bilan sanguin avait été effectué le 20 mars 2006. Il a précisé à cet égard que lesdites prestations ne concernaient pas des traitements de fécondation in vitro.
13. Par lettre recommandée du 24 mars 2009, l'assurée a formé opposition contre la décision de mainlevée du 23 février 2009. Elle allègue que certaines prestations réclamées relèvent de l'assurance obligatoire des soins et ce conformément à l'attestation du Dr A_____. Par ailleurs, elle relève que le délai d'un an pour réclamer la restitution des sommes dues n'a pas été respecté. Elle ajoute qu'elle a toujours été de bonne foi dans ce sens qu'elle pensait avoir droit au remboursement des prestations litigieuses. Par ailleurs, la restitution du montant réclamé lui est impossible en raison de sa situation financière précaire étant précisé qu'elle est en incapacité de travail depuis la fin du mois de décembre 2008 et que les assureurs perte de gain de ses anciens employeurs ne lui versent plus aucune prestation de façon régulière. Enfin, son époux travaille de façon temporaire et les revenus qu'il perçoit lui permet à peine de régler les charges communes les plus urgentes. Elle conclut ainsi à l'annulation de la décision de mainlevée du 23 février 2009 et à l'annulation de la poursuite engagée à son encontre.
14. Par courrier du 13 mai 2009, GENERALI ASSURANCES, assureur perte de gain maladie du second employeur de l'assuré, a informé cette dernière avoir reçu un rapport d'examen réalisé le 9 avril 2009 par les Dr B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et C_____, spécialiste en rhumatologie et ostéodensitométrie. Au vu des divers éléments médicaux en sa possession et suite à ce rapport, elle a reconnu à l'assurée une capacité de travail entière pour l'activité d'employée d'entretien à temps partiel exercée jusqu'alors. Elle a ainsi indiqué qu'elle cesserait le versement de prestations et ce dès le 1^{er} juin 2009.
15. Par décision sur opposition du 28 mai 2009, la caisse a confirmé sa décision du 23 février 2009. Elle a indiqué que par courrier du 11 septembre 2007, elle avait informé l'assurée qu'elle allait procéder à des rectifications des remboursements accordés, dès lors que, selon elle, les traitements effectués n'entraient pas dans le cadre des prestations obligatoires. Par ailleurs, en date du 2 juillet 2008, soit moins

d'une année après avoir pris connaissance du fait que les versements avaient été opérés à tort, elle lui avait fait parvenir des décomptes rectificatifs avec la possibilité de demander un arrangement de paiement. Au vu de ce qui précède, elle indiquait ne pas être en mesure de retirer sa poursuite.

16. L'assurée a formé recours auprès du Tribunal de céans contre la décision sur opposition susmentionnée, le 17 juin 2009. En substance, elle allègue que le droit d'exiger la restitution des prestations est périmé. En effet, la caisse, si elle avait fait preuve de l'attention requise, aurait réalisé que les traitements remboursés relevaient de la fécondation in vitro dans la mesure où elle recevait des factures détaillées des médecins et qu'elle avait établi pour chacune d'elles un décompte spécifique nécessitant de procéder à l'analyse des prestations médicales concernées. Toutefois, la caisse a rendu une décision durant le mois de février 2009 seulement de sorte qu'elle n'a pas respecté le délai de péremption d'une année. En outre, cette dernière soutient elle-même avoir découvert sa méprise le 11 septembre 2007. Par conséquent, le délai de péremption d'un an n'a pas été respecté pour cette raison également. Par ailleurs, les autres conditions relatives à la restitution ne sont pas davantage réalisées. En effet, l'assurée allègue avoir toujours été de bonne foi et explique qu'une telle restitution la mettrait dans une situation précaire vu sa situation financière difficile. Il lui est de surcroît impossible de restituer les montants réclamés dès lors qu'elle ne reçoit plus de revenus réguliers depuis la fin de l'année 2008. En effet, l'une des assurances perte de gain de l'un de ses anciens employeurs ne lui règle plus d'indemnité et l'autre de façon tout à fait sporadique et aléatoire. S'agissant des montants réclamés, elle fait grief de ce que la somme de 200.30 fr. figurant dans la décision sur opposition ne figure pas dans le commandement de payer et ne peut ainsi être comprise dans la décision de mainlevée. Par ailleurs, concernant la créance principale, celle-ci a été chiffrée, d'une part, à 8'176.35 et, d'autre part, à 8'384.85 fr. L'assureur ne peut ainsi opérer de telles variations de montant, de sorte que c'est le montant de 8'176.85 fr. qui devrait être pris en considération en tant que somme réclamée par la caisse. Elle conclut ainsi, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 28 mai 2009.
17. En date du 2 juillet 2009, la recourante a complété son écriture. Elle indique qu'elle n'a touché aucun revenu régulier depuis le début de l'année 2009 et qu'elle a uniquement bénéficié de deux versements respectivement de 3'047.45 fr. et de 2'680.60 fr. de ses employeurs ou de leurs assureurs, contrairement à ce que laisse penser GENERALI ASSURANCES SA dans son courrier du 13 mai 2009. En outre, son mari travaille en qualité de temporaire. Elle a par ailleurs déposé une demande de prestation auprès de l'assurance-invalidité dès lors qu'elle se trouve être en arrêt maladie depuis de nombreux mois. Enfin, elle est débitrice d'importants montants auprès de divers créanciers, comme l'attestent les relevés de poursuites produits.

18. Dans sa réponse du 31 août 2009, la caisse allègue qu'en 2007, après l'envoi de diverses factures de la part de l'assurée et clarifications de son service médical, elle a constaté que celle-ci suivait un traitement pour une fécondation in vitro, lequel n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle considère ainsi que tous les prescriptions et traitements dispensés par le Dr A_____ n'étaient pas à sa charge. Par ailleurs, la caisse a pris connaissance de ce traitement durant le mois de septembre 2007 et a effectué les corrections y relatives dans le courant du mois de juillet 2008 de sorte qu'elle n'a pas agi tardivement. Par conséquent, elle maintient la poursuite initiée à l'encontre de l'assurée.
19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Est litigieuse la question de savoir si les prestations versées par la caisse en faveur de l'assurée doivent lui être restituées.
5. À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1er). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2).

Conformément à l'art. 3 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA), l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (al. 1er), dans laquelle l'assureur indique la possibilité d'une remise (al. 2). L'assureur est tenu de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (al. 3).

Le Tribunal fédéral a estimé que les délais prévus par l'art. 25 LPGA constituent des délais de péremption (ATF 119 V 433, consid. 3a.)

Selon la jurisprudence - développée sous le régime de l'ancien art. 47 al. 2 LAVS et demeurée applicable depuis l'entrée en vigueur au 1er janvier 2003 de l'art. 25 al. 2 LPGA au regard du contenu analogue de ces dispositions - , lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration (par exemple une erreur de calcul d'une prestation), on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise. 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). Par contre, le délai commence à courir dès le moment où l'administration, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), aurait dû se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Cette jurisprudence 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 (ATF 122 V 270 consid. 5a p. 275).

Enfin, dans un arrêt du 3 octobre 2007 (K 71/2006), le Tribunal fédéral a indiqué qu'une simple écriture, dans le cadre de laquelle la caisse demandait le remboursement d'indemnités journalières, ne saurait être assimilée à une décision au sens de l'art. 49 LPGA et qu'ainsi, le droit de demander le remboursement des prestations était périmé, faute d'avoir été fait par une décision dans le délai d'un an prévu par l'art. 25 LPGA.

6. Dans le cas particulier, la caisse a eu connaissance de son dommage au plus tard lorsqu'elle a avisé l'assurée, par courrier du 11 septembre 2007, que les prestations versées ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins. Par ailleurs, il ressort de la jurisprudence susmentionnée que les courriers adressés par la caisse à l'assurée, respectivement les 11 septembre 2007 et 3 juillet 2008 ne constituent pas des décisions et n'emportent pas le respect du délai de péremption d'un an prévu par l'art. 25 LPGA. Enfin, la décision du 23 février 2009, a été rendue plus d'un an après la connaissance du dommage de la part de la caisse.

A noter qu'il n'est pas nécessaire d'examiner la question de savoir si les sommations adressées à l'assurée le 9 octobre 2008, ainsi que le commandement de payer notifié à cette dernière le 9 février 2009 constituent des décisions au sens de l'art. 49 LPGA, dès lors qu'ils sont également intervenus après le délai d'un an prévu par l'art. 25 LPGA.

7. Il résulte de ce qui précède que la caisse n'était pas en droit de réclamer le remboursement des prestations versées durant les années 2006 et 2007 relatives à la fécondation in vitro dont a bénéficié la recourante. Dans ces circonstances, les allégations de l'assurée selon lesquelles la restitution des prestations ne peut être exigée dès lors qu'elle était de bonne foi et qu'une telle restitution la mettrait dans une situation difficile n'ont pas besoin d'être examinées.
8. Par conséquent, le recours sera admis et la décision attaquée du 23 février 2009 annulée dans le sens des considérants.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Hermione Stieger

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le