

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 avril 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant,

et

H._____, (ci-après: la H._____ ou la caisse), Droit & Compliance, à
Lucerne, intimée.

Art. 25 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Y._____ est affilié auprès de la H._____ pour l'assurance obligatoire des soins. Le 10 décembre 2007, il a adressé à la caisse un courrier dont la teneur est la suivante:

"Ci-joint vous trouverez la facture du T._____ datée du 6.12.2007 de Fr. 567.- concernant les soins reçus, suite à mon accident de fracture du pied. Egalement jointe la note, réglée, le 9.11.2007 Fr. 151.- (Q._____, Orthopédiste, Nyon) pour la fourniture d'une chaussure Baruk (selon ordonnance du Dr P._____, T._____) pour remboursement.

Concernant les deux factures du T._____ (accident à la main, chirurgie de suture - 13.07.2007), je demande ce jour à Mme [...], CSR Nyon de vous les faire parvenir, étant donné que je lui ai remis toutes mes factures maladie/accident (originales) arriérées, selon instruction de M. [...], Dept. AIS, Lausanne.

Je vous laisse donc le soin de régler les factures en suspens, ceci dans les meilleurs délais. Le T._____ ayant été averti qu'il y avait litige au sujet de ces factures, ils ont bien voulu m'accorder un délai pour le paiement."

Etaient annexés un justificatif de remboursement établi le 6 décembre 2007 concernant un traitement du 2 au 9 novembre 2007 auprès du T._____ SA (T._____ SA), à hauteur de 567 fr., ainsi que la note d'honoraires y relative, datée du même jour.

L'assuré a reçu un premier décompte établi le 4 janvier 2008 à propos de deux fournisseurs, savoir T._____ SA concernant un traitement du 2 novembre 2007, respectivement des "autres fournisseurs de prestations" concernant un traitement du 9 novembre 2007. Le traitement du 2 novembre 2007 s'élevait à 567 fr. et celui du 9 novembre 2007 à 151 fr., soit un total de 718 fr., sur lequel était restitué un montant brut de 567 fr. (les 151 fr. relatifs au traitement du 9 novembre constituant des "frais non assurés"). L'intéressé a reçu un autre décompte établi le 11 novembre 2006, portant comme nom de fournisseur P._____ Jean-Charles, concernant un traitement du 2 novembre 2007 d'un montant de 567 francs.

Selon la H. _____, sur la base de ces deux décomptes, deux versements de 510 fr. 30 (567 fr. - 56 fr. 70, les 56 fr. 70 correspondant à la quote-part, par 10 %, à la charge de l'assuré) ont été effectués, respectivement les 9 et 16 janvier 2008. L'erreur a été découverte lors d'un contrôle comptable, en date du 25 avril 2008; la caisse en a immédiatement informé l'assuré, par courrier du même jour dont la teneur est la suivante:

"Nous nous référons à la note d'honoraires du T. _____ datée du 06.12.2007 d'un montant de CHF 567.00.

A ce sujet, nous avons constaté que nous vous avons remboursé par erreur deux fois ce montant. En date du 09.01.2008, vous avez reçu un montant de CHF 510.30, puis un deuxième montant de CHF 510.30 vous a été versé le 16.01.2008. Nous vous prions de bien vouloir nous excuser de cette erreur.

Nous avons d'ores et déjà procédé à la correction de nos comptes et vous recevrez un nouveau décompte de prestations avec un bulletin de versement ces prochains jours. Si possible, nous compenserons le montant qui vous a malencontreusement été versé avec un éventuel crédit."

Par courrier du 14 mai 2008, l'intéressé s'est déclaré d'accord de rembourser le montant versé à tort, à condition que la H. _____ s'acquitte de factures de frais de déplacement dont elle avait refusé la prise en charge.

La caisse a répondu par écriture du 12 juin 2008, indiquant en substance qu'elle ne pouvait rembourser les frais de déplacement en cause, dont elle estimait qu'ils n'étaient pas à sa charge, au motif qu'une autre facture lui avait été payée deux fois.

Par courrier du 20 juin 2008, l'assuré a maintenu sa proposition de compensation.

Par écriture du 18 juillet 2008, le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) - auquel l'intéressé s'était adressé - a demandé à la caisse de revoir sa position, au regard des possibilités de remise de l'art. 25 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), relevant notamment ce qui suit:

"Au vu des éléments transmis, nous constatons que la caisse maladie H. _____ entend compenser des montants - notamment Fr. 510.30 - versés à tort à un assuré avec un éventuel crédit (courrier de la H. _____ à l'assuré du 25 avril 2008)."

[...]

"Dans le cas d'espèce, nous nous étonnons que l'assureur intitule son courrier du 25 avril 2008 précité « demande de restitution », sans lui donner, du moins quant au fond, la forme d'une décision en restitution (art. 3, al. 1^{er}, OPGA), et en ne mentionnant pas la possibilité de la remise (art. 3, al. 2, OPGA). A notre sens, le fait de conclure directement à la compensation du montant avec un éventuel crédit ne respecte pas la systématique mise en place par la LPGA, outre le fait que cela risque vraisemblablement de péjorer la situation de l'assuré par rapport à son accès aux soins - nous rappelons que M. Y. _____ est bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) au sens de la loi vaudoise du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise (LASV, RSV 850.051). Au demeurant, si la compensation en elle-même était possible, il convient de relever qu'il y aurait un risque non négligeable de mise en péril financier de l'assuré (à ce sujet, cf. notamment les ATF 108 V 45 et ATF 128 V 50, cons. 4).

Au vu de ce qui précède, il nous apparaît nécessaire que la situation de votre assuré soit revue dans le sens de nos explications." [...]

Par décision du 15 août 2008, la caisse a refusé d'accorder une remise au recourant et exigé la restitution de la somme indûment versée de 510 fr. 10, précisant en particulier ce qui suit:

"Nous avons reçu le 27.12.2007, votre courrier du 10.12.2007 accompagné d'une note d'honoraires du T. _____ S.A. de CHF 567.00, sur laquelle sont mentionnés les n° du registre des codes créanciers (RCC) du T. _____ et du Dr P. _____, ainsi qu'une « copie patient » de cette facture à l'en-tête du T. _____, sans aucune mention du n° RCC, ni même du Dr P. _____ (raison pour laquelle ces copies ne devraient en aucun cas nous être adressées, ce qui est malheureusement très souvent le cas).

La facture et sa copie (reçues en même temps que des milliers d'autres documents) ont donc été malencontreusement scannées en deux documents différents qui ont fait l'objet de deux décomptes séparés dans un très bref délai. La copie a été remboursée avec, comme référence, le n° RCC du T. _____ selon décompte du 04.01.2008 ; l'original a lui été remboursé avec, comme référence, le n° RCC du Dr P. _____ (indiqué comme fournisseur de prestation sur ce document) selon décompte du 11.01.2008.

L'utilisation de n° RCC différents nous indique pourquoi notre système informatique n'a pas identifié le second versement comme un paiement à double."

[...]

"Dans un laps de temps d'une semaine, vous avez reçu deux fois le même montant, avec à chaque fois un décompte explicatif indiquant la raison du versement. Lors d'un examen fortuit des prestations versées suite à votre demande du 21.04.2008, nous avons immédiatement identifié cette erreur, avons procédé aux rectifications et vous en avons averti par notre courrier du 25.04.2008.

Ce courrier, il est vrai, faisait mention d'une possible compensation avec un éventuel crédit (c'est-à-dire qu'il y aurait eu compensation automatique avec un ou des remboursements en votre faveur, s'il y en avait eu lors du même décompte, ce qui n'a en l'occurrence pas été le cas); il ne s'agissait pas d'une proposition. Cette compensation n'ayant pas eu lieu, il n'y a pas de raison de revenir sur ce point.

Seul doit être déterminé, si nous sommes en droit de vous demander la restitution du montant versé à tort. Il s'agit de déterminer dans un premier temps si vous avez touché ce montant de bonne foi et, le cas échéant, de déterminer dans un second temps si la demande de restitution vous mettrait dans une situation difficile.

Vu le très court laps de temps dans lequel vous avez reçu le montant de CHF 510.30 à double, avec un décompte de prestations indiquant des dates de traitement identiques avec un montant brut de facture identique, il apparaît clairement que vous ne pouvez pas être de bonne foi en trouvant juste de toucher deux fois le même montant, soit CHF 1'020.60 au total, pour une facture s'élevant à CHF 567.00.

Outre le fait que l'honnêteté en la circonstance aurait voulu que vous preniez contact avec nos services en janvier 2008 déjà, ce qui n'a pas été fait, vous avez de plus soumis votre accord pour la restitution à un échange consistant à vous rembourser une prestation que nous n'estimons pas due. Ce pseudo chantage que nous n'avons pas accepté et l'absence de contestation du bien-fondé de notre demande de restitution apporte bien la preuve, s'il en était encore besoin, que vous pas reçu [*sic!*] ce versement à double de bonne foi.

Du moment que la bonne foi ne peut être établie dans le cas d'espèce, il n'y a pas lieu d'entrer en matière quand à l'appréciation de la situation difficile."

L'assuré a formé opposition contre cette décision par écriture du 10 septembre 2008, renvoyant en substance aux arguments développés dans le courrier du SASH du 18 juillet 2008.

Par décision sur opposition du 11 novembre 2008, la H._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 15 août 2008, en ce sens que l'assuré était son débiteur de la somme de 510 fr. 30 avec intérêts à 5 % l'an dès le 16 janvier 2008. Cette décision sur opposition n'a pas été retirée durant le délai de garde et a été retournée à l'expéditeur avec la mention "non réclamé"; la caisse l'a adressée une nouvelle fois à l'intéressé, en courrier prioritaire, le 11 décembre 2008.

B. Y._____ a formé recours contre cette décision sur opposition par acte du 23 décembre 2008, précisant qu'il n'avait pu retirer le courrier recommandé qui lui avait été adressé le 11 novembre 2008, étant absent durant le délai de garde de 7 jours. Il reprochait à la caisse de ne lui avoir réexpédié la décision en cause que le 11 décembre 2008, ce qui l'avait empêché de déposer son acte de recours durant le délai légal imparti. Sur le fond, l'intéressé s'opposait à la demande de restitution de la somme de 510 fr. 30, versée à double par erreur par la caisse, et se référait au courrier du SASH du 18 juillet 2008.

Dans sa réponse du 27 janvier 2009, la H._____ a conclu au rejet du recours dans la mesure où il était recevable, relevant que l'acte de recours ne comportait ni motifs ni conclusions. Quant au fond, elle a fait valoir ce qui suit:

"Dans le cas présent, deux décomptes ont été adressés au recourant dans un très bref délai, les 4 et 11 janvier 2008. Les deux décomptes sont clairs quant au traitement pris en charge. Ils portent sur la même somme (Fr. 567.00) et mentionnent la même date de traitement. Au surplus, les versements respectifs ont été effectués les 9 et 16 janvier 2008.

Dans une situation identique, un bénéficiaire de prestations faisant preuve d'un minimum d'attention aurait pris garde au double versement. On peut en effet raisonnablement attendre des assurés qu'ils prennent connaissance des décomptes qui leur sont adressés et se soucient des remboursements qui sont effectués. Un assuré capable de discernement au sens de la jurisprudence susmentionnée fait en effet preuve d'un minimum de soin dans la gestion de ses affaires.

Force est de constater au surplus que le recourant ne conteste pas la somme à rembourser. Ainsi, en date du 14 mai 2008 (PL 5), il avait accepté sous condition de compenser avec un éventuel crédit.

Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut pas être considéré de bonne foi en l'espèce. Il est par conséquent inutile d'examiner la question de la situation difficile de l'assuré."

Le recourant a complété son acte de recours le 20 février 2009, invoquant sa bonne foi et précisant à cet égard que la caisse avait fait à son encontre de nombreuses erreurs administratives, et qu'il lui revenait d'assumer pleinement ses erreurs. Il a également fait valoir que la restitution du montant en cause le mettrait dans une situation financière en péril, produisant notamment une décision RI rendue le 2 juin 2008 par le Centre social régional (CSR) Nyon-Rolle acceptant sa demande, l'intéressé n'ayant ni revenu ni fortune.

Par écriture du 16 mars 2009, l'intimée a maintenu ses conclusions, dans le sens du rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Suite au complément de recours du 20 février 2009, il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de dite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

c) La valeur litigieuse – en l'espèce les 510 fr. 30 versés par erreur par l'intimée – étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 LPA-VD).

2. Est seul litigieux en l'espèce le droit du recourant à la remise de l'obligation de restituer le montant de 510 fr. 30, dont il n'est pas contesté qu'il a été indûment versé par l'intimée.

3. a) A teneur de 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 (cf. également art. 4 al. 1 OPGA [ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]). Ces deux conditions matérielles sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 8C_403/2008 du 23 janvier 2009, consid. 2.1 et les références).

Selon l'art. 3 OPGA, l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (al. 1); l'assureur indique la possibilité d'une remise dans la décision en restitution (al. 2), remise qui fait l'objet d'une décision distincte (art. 4 al. 5 OPGA).

b) Selon une jurisprudence constante relative à l'art. 47 al. LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10), en vigueur jusqu'à l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2003, de la LPGA, et applicable par analogie en matière d'assurance-maladie (ATF K 8/03 du 31 mars 2004, consid. 4 et les références), l'ignorance, par le bénéficiaire des prestations, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations en cause ne suffit pas pour admettre sa

bonne foi. Il faut bien plutôt que l'assuré 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'intéressé 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. Il y a négligence grave, à cet égard, quand un 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 K 8/03 du 31 mars 2004 précité, consid. 4 et les références; ATF 8C_403/2008 du 23 janvier 2009 précité, consid. 2.2).

c) Aux termes de l'art. 4 al. 2 OPGA, est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire. Les conditions auxquelles l'existence d'une situation difficile au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA doit être admise sont posées à l'art. 5 OPGA.

4. Il y a lieu de relever, en premier lieu, que le procédé de l'intimée consistant à statuer dans une seule et même décision formelle tant sur la restitution proprement dite que sur la demande de remise n'est pas conforme aux exigences légales, telles que rappelées ci-dessus (consid. 3a). Cela étant, il résulte des pièces au dossier que le recourant ne conteste aucunement la restitution en tant que telle; cette irrégularité ne porte ainsi pas à conséquence en l'occurrence, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

a) Quant au fond, l'intimée a refusé la remise de l'obligation de restituer au motif que le recourant ne pouvait être considéré de bonne foi, dans la mesure où, dans une situation identique, un bénéficiaire de prestations faisant preuve d'un minimum d'attention aurait pris garde double versement; elle soutient à cet égard que les deux décomptes sur lesquels étaient fondés ces deux versements, adressés au recourant dans

un très bref délai, sont clairs quant au traitement pris en charge, relevant notamment qu'ils portent sur la même somme et mentionnent la même date de traitement.

Ce raisonnement ne saurait être suivi. A la lecture des décomptes en cause, on constate qu'une personne capable de discernement n'aurait pas pu, dans une situation identique et selon le devoir de diligence raisonnablement exigible, se rendre compte de l'erreur de la caisse. En effet, il résulte du courrier adressé le 10 décembre 2007 à l'intimée par l'intéressé que celui-ci avait en suspens plusieurs factures, dont il a soit transmis copie, soit chargé le CSR de Nyon-Rolle de le faire. Il a par la suite reçu deux décomptes, établis à deux dates différentes, indiquant certes notamment la même date de traitement (2 novembre 2007), mais qui mentionnent des prestataires de soins et des montants totaux différents. Dans ces conditions, il apparaît peu probable que le recourant aurait pu et dû se rendre compte qu'il s'agissait de la même prestation qui lui était remboursée deux fois, ce d'autant moins que, selon ses dires, l'intimée lui avait déjà à plusieurs reprises adressé différents courriers concernant le même sujet; à cet égard, la bonne foi n'impose pas non plus de regarder régulièrement ses relevés bancaires. La négligence de l'intéressé - si tant est que l'on puisse parler de négligence - ne saurait ainsi être qualifiée de grave au sens de la jurisprudence, étant précisé qu'il n'est manifestement pour rien dans l'erreur commise par l'intimée, erreur qui n'a en particulier aucunement été provoquée par une violation de son obligation d'annoncer ou de renseigner.

Par ailleurs, la caisse est malvenue de se référer au fait que le recourant aurait procédé à un "pseudo-chantage" en acceptant de compenser la prestation touchée indûment avec une prestation qu'elle n'estimait pas due, ce qui tendrait à démontrer sa mauvaise foi, alors que c'est elle-même qui a indiqué la possibilité d'une compensation, et ce en violation des dispositions légales applicables qui l'obligeaient à fixer l'étendue de la restitution par une décision, d'une part, et à mentionner la possibilité d'une remise, d'autre part (art. 25 LPGA, art. 3 al. 1 et 2 OPGA).

Il convient en conséquence de retenir que les conditions de la bonne foi sont réunies, et d'examiner si la restitution du montant en cause mettrait le recourant dans une situation difficile au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA.

b) Il résulte de la décision rendue le 2 juin 2008 par le CSR Nyon-Rolle, produite par le recourant en cours d'instance, que celui-ci, sans revenus ni fortune, a été mis au bénéfice du RI avec effet au 1^{er} juillet 2007.

Dans ses conditions, l'existence d'une situation difficile au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA est manifestement établie, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un examen strict des conditions posées par l'art. 5 OPGA.

c) En définitive, force est de constater que le recourant était de bonne foi lorsqu'il a indûment perçu la prestation en cause, et qu'une restitution le mettrait dans une situation difficile. Il a par conséquent droit à la remise de l'obligation de restituer.

5. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni allocation de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Y. _____, à [...];
- H. _____, à 6002 Lucerne;
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 Berne;

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :