

# **GE\_GERICHTE ATAS/1103/2019 vom 27. November 2019**

GE Cour de justice, 2019-11-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1103\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1103_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1103/2019 du 27 novembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1103/2019 del 27 novembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer poursuite n° 18 \_\_\_\_\_ Z.

### **E. 4**

a. Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y

A/1358/2019 - 9/13 - séjournent habituellement ou sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse (art. 3 al. 3 LAMal). L'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) prévoit que sont tenues de s'assurer notamment « les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de (l'ALCP) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a de la loi (art. 1 al. 2 let. d OAMal), étant précisé que cet art. 95a let. a LAMal fait référence aux règlements n° 1408/71 et 574/72 « dans leur version adaptée » (donc aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009). b. Selon l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis. Selon l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut

entraîner les sanctions prévues à l'article 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2). L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (al. 3). c. Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur (al. 3). L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 43 LSAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (al. 4). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5). Lorsque le changement

A/1358/2019 - 10/13 - d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6). d. Conformément à l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (al. 1). Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 ab initio). En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4, est réservé (al. 6). Selon l'art. 24 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Dans son arrêt K 82/02 du 17 juin 2003 (consid. 5.2 ss), le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'en matière de perception de primes, l'assureur-maladie n'était pas tenu de rendre une décision formelle, contrairement au domaine de l'assurance-vieillesse et survivant où le prononcé d'une décision est nécessaire pour statuer sur les droits et obligations des assurés. Il en a déduit qu'il n'était pas indispensable que l'assureur prenne une décision formelle pour sauvegarder le délai de péremption de cinq ans. Dans le cas qui lui était déféré, le Tribunal fédéral a considéré que l'assureur avait respecté le délai en expédiant, le 13 juillet 1998, une réquisition de poursuite (relative aux primes dues de juillet 1994 à février 1997), ayant conduit à la notification d'un commandement de payer le 3 août 1998. e. L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à

la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année. f. L'art. 105b OAMal stipule que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2).

A/1358/2019 - 11/13 - g. Selon la jurisprudence, de tels frais, s'ils sont prévus expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés, doivent être imputables à une faute de l'intéressé. Ainsi, il y a faute de l'assuré, lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5). Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_870/2015 et 9C\_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 ; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017). h. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition ; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1). i. À certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (BGE 119

A/1358/2019 - 12/13 - V 329 consid. 2b ; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

#### **E. 5**

En l'occurrence, l'assuré a été affilié d'office à l'assurance suite à la demande du SAM. Il a payé les primes qui lui ont été adressées de ce fait, mais pas toutes. Le 23 novembre 2017, il a informé l'assurance du fait qu'il était dorénavant domicilié en Suisse dès le début du même mois, en lui demandant si sa cotisation allait changer. L'assurance a répondu à l'assuré, le 24 novembre 2017, que ses couvertures d'assurance devaient être adaptées et qu'il avait la possibilité de choisir différentes options. Il lui était demandé de faire ce choix dans les trois mois, faute de quoi son contrat serait adapté d'office. Malgré plusieurs rappels de l'assurance, l'assuré n'a pas informé celle-ci de ses choix dans le délai requis et son contrat a donc été adapté d'office. À aucun moment, l'assuré n'a émis la volonté de résilier son contrat avec son assurance. Il en résulte qu'il était toujours couvert par celle-ci jusqu'au 31 décembre 2018, date de son échéance suite à la résiliation du contrat par l'assurance après qu'elle a eu connaissance du fait que l'assuré avait passé un nouveau contrat avec CSS. Selon l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. En l'occurrence, cette communication n'a pas été faite, donc le nouveau contrat d'assurance avec CSS n'annulait pas d'office celui passé avec l'assurance. Pour le surplus, ce dernier contrat ne pouvait être résilié, vu les impayés de primes (art. 64a al. 6 LAMal).

#### **E. 6**

Il en résulte que la décision de l'assurance du 5 mars 2019 confirmant la demande faite par l'intimée au recourant de payer le solde de ses primes d'assurances pour la période du novembre 2016 à mai 2018, plus les intérêts, est bien fondée, de même que la mainlevée de l'opposition prononcée. Les montants réclamés n'ont pas été contestés en eux-mêmes et n'appellent pas la critique, au vu des pièces du dossier.

#### **E. 7**

Infondé, le recours sera rejeté.

#### **E. 8**

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1358/2019 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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