

# **GE\_GERICHTE ATAS/224/2009 vom 18. Juni 2008**

GE Cour de justice, 2008-06-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_224\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_224_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/224/2009 du 18 juin 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/224/2009 del 18 giugno 2008

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le recours est dirigé contre la décision sur opposition du 1er juillet 2008. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 et les références citées; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347; voir également arrêt U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen

A/2819/2008 - 5/9 - zu BGE 125 V 413, in Schaffhauser/Schlauri [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la

contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244; 117 V 294 consid. 2a p. 295; 112 V 97 consid. 1a p. 99; 110 V 48 consid. 3c p. 51 et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36). En l'espèce, la décision litigieuse concerne, d'une part, les cotisations impayées des mois de septembre et octobre 2007 ayant fait l'objet de la poursuite no. \_\_\_\_\_ P et, d'autre part, le refus de l'intimé d'accepter la résiliation de l'assurance pour fin 2007. Le recourant conteste tant le paiement des cotisations que le refus de l'intimé d'accepter le changement d'assureur, de sorte que le Tribunal de céans examinera ces deux questions.

## **E. 5**

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 recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (jusqu'au 31 juillet 2007: art. 90 al. 3 OAMal; depuis le 1er août 2007: art. 105b OAMal). 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 (voir ATF 131 V 147). Selon l'art. 105b OAMal, en vigueur depuis le 1er août 2007 et applicable en l'espèce, les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue

A/2819/2008 - 6/9 - pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai impartit, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Les délais prévus dans les dispositions qui précèdent sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64a al. 2 LAMal ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64a al. 4 LAMal). A l'instar de l'ancien art. 90 al. 4, l'art. 105b al. 1 et 2 OAMal vise en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêt 9C\_397/2008 du 29 septembre 2008; GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung*, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], *Soziale Sicherheit*, 2ème éd., Bâle 2007, p. 747, n.

1028).

#### **E. 6**

En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que les primes des mois de septembre et octobre 2007, après un premier rappel, ont fait l'objet d'un dernier rappel en date des respectivement 19 novembre 2007 et 11 décembre 2007, assorti d'un délai de 14 jours pour régler la situation, afin d'éviter le recouvrement par voie de poursuite. Le recourant ne s'étant pas exécuté, l'intimé a engagé des poursuites et prononcé la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer no. 08 868947 P. Le Tribunal de céans constate que l'intimé n'a pas adressé au recourant une sommation écrite conforme à l'art. 105b OAMal, avant de déposer une réquisition de poursuite le 27 février 2008. Cette inobservation n'empêche toutefois par l'intimé de continuer la poursuite à l'encontre de son assuré. En effet, la seule conséquence est que l'art. 64a al. 2 LAMal ne s'applique pas, de sorte que l'intimé ne peut suspendre la prise en charge des coûts des prestations, comme il l'a d'ailleurs indiqué dans sa décision sur opposition (cf. ATF 9C\_786/2008). Le recourant admet n'avoir pas payé les primes litigieuses, mais allègue que le SAM aurait payé des sommes supérieures à ce qu'il devrait.

#### **E. 7**

Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Selon la jurisprudence, les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2 p. 207, et les références). Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue - totalement ou partiellement - à l'assuré pour le paiement de ses primes, sous réserve de l'hypothèse - exceptionnelle et non réalisée en l'espèce - où le subside est versé directement à l'assuré. S'il ne bénéficie plus d'un tel subside,

A/2819/2008 - 7/9 - que ce soit à titre provisoire - dans l'attente de la décision de l'autorité compétente pour l'octroi dudit subside - ou définitif, l'assuré est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur (arrêt K 13/06 du 29 juin 2007, consid. 4.5). Quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. Pour remédier à cette situation, le législateur a chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal; Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998, FF 1999 775). Cette invitation aux cantons à légiférer en la matière ne change cependant rien au fait qu'en l'absence de l'octroi effectif d'une réduction de primes, les assureurs sont tenus par le droit fédéral (art. 90 al. 1 et 4 OAMal) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (cf. RAMA 2006 p. 325 consid. 5.2.1, K 72/05, et RSAS 2003 p. 545 consid. 3.2, K 18/03). L'art. 10 al. 4 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal), en sa teneur en vigueur depuis le 1er octobre 2004, prévoit que les primes et les participations échues, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites sont payés par l'Etat dès la production d'un acte de défaut de biens par l'assureur. En outre, pour autant qu'il ait fait preuve de la diligence

commandée par les circonstances et qu'il n'ait pas suspendu le versement des prestations, l'assureur peut demander à l'Etat le remboursement des primes et des participations échues, ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, sous imputation des subsides déjà versés, dès la constatation par le service de l'assurance-maladie de l'insolvabilité notoire de l'assuré (art. 10 al. 5 LaLAMal). En l'occurrence, à ce stade de la procédure, pour les primes litigieuses, l'intimé n'est pas encore au bénéfice d'actes de défaut de biens à l'encontre du recourant ; par conséquent le SAM n'est pas intervenu. Les arguments du recourant ne sont à cet égard pas pertinents.

#### **E. 8**

Le recourant conteste encore le refus de l'intimé d'accepter la résiliation du contrat d'assurance qu'il lui avait notifié le 30 octobre 2007. Selon l'art. 7 al. 1 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile. Selon l'alinéa 2, lors de la communication de la nouvelle prime, l'assuré 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'OFSP au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. Cependant, l'art. 64a al. 4 LAMal,

A/2819/2008 - 8/9 - introduit dans la loi par la nouvelle du 18 mars 2005, en vigueur depuis le 1er janvier 2006, prévoit qu'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 ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. Le Tribunal fédéral a considéré à cet égard qu'il n'apparaît pas arbitraire que l'assuré en retard de paiement ne puisse pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes. En effet, le but de l'art. 64a al. 4 LAMal est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés (Message du Conseil fédéral du 26 mai 2004, FF 2004 4103; cf. ATF 9C\_477/2008, 9C\_660/2007). En l'occurrence, le recourant ne pouvait pas sortir de l'assurance au 31 décembre 2007, puisqu'il ne s'était pas acquitté des primes échues de septembre et octobre 2007 notamment. En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé s'est opposé au changement d'assureur. Il appartiendra au recourant de s'adresser à son nouvel assureur pour obtenir le remboursement des primes payées dès le 1er janvier 2008, et, le cas échéant, à l'intimé de récupérer les subsides LAMal versées par le SAM à HELSANA.

#### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/2819/2008 - 9/9 -

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