

GE_GERICHTE ATAS/322/2011 vom 29. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_322_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/322/2011 du 29 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/322/2011 del 29 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/1554/2010 - 10/19 -

E. 2

LPGA).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur les arriérés de prime dus par le recourant et sur le remboursement des primes payées entre février et juin 2008.

E. 5

Préalablement, la Cour de céans se prononcera sur la demande de jonction des causes formulée par l'intimée, aussitôt appliquée par celle-ci, et ce avant même qu'une décision n'ait été rendue. De son côté, le recourant s'y oppose, arguant que les faits ne sont pas identiques. Selon l'art. 70 al. 1 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. Il sied tout d'abord de souligner que la décision de jonction est du ressort de la Cour de céans et non de l'intimée. Pour pouvoir se déterminer sur l'opportunité d'une jonction, la Cour de céans, a ordonné l'apport de la procédure A/1553/2010 initiée par l'épouse du recourant. Après avoir pris connaissance de la procédure A/1554/2010, la Cour de céans constate qu'on ne saurait parler de situation identique ou de cause juridique commune. En effet, le recourant a finalement été affilié auprès de la caisse-maladie dès le 1er juillet 2008 et les primes qui lui sont réclamées sont celles dues pour les mois

A/1554/2010 - 11/19 - d'avril à juillet 2009 soit un total de 1'306 fr. 50 (4x 460 fr. 90 soit 1'843 fr. 60 dont ont été déduits les 537 fr. 10 versés par son épouse mais attribués à son compte). Quant à son épouse, elle a payé des primes pour le compte de son mari qui lui ont été remboursées, son affiliation a dû être reportée en raison du retard de la caisse- maladie de transmettre l'attestation d'affiliation et l'arriéré de primes concerne les mois de juillet 2008, dont le versement aurait été attribué au compte de l'assuré et juillet 2009, non intégralement payée soit 608 fr. 30. La caisse-maladie a encore déduit de ce montant 281 fr. de sorte que l'arriéré de prime réclamé par la caisse- maladie s'élevait à 327 fr. 80, frais administratifs de 10 fr. en sus. Si quelques faits se rejoignent, il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas d'une situation identique et encore moins d'une cause juridique commune de sorte que la demande de jonction doit être rejetée. La Cour de céans relève du reste que le service « Droit & Compliance », qui a rédigé la réponse, avait rendu deux décisions sur opposition distinctes, visant l'assurée et son époux pris individuellement.

E. 6

Il s'agit ensuite de déterminer la recevabilité des conclusions reconventionnelles du recourant, d'une part, et des conclusions en condamnation de l'intimée, d'autre part. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). b) En l'espèce, le recourant chiffre pour la première fois ses prétentions envers l'intimée dans son recours du 11 mai 2010 sans avoir présenté une telle demande

A/1554/2010 - 12/19 - dans le cadre de la procédure administrative ni dans ses écritures du 30 avril 2010. Par conséquent, l'intimée n'a rendu aucune décision à ce sujet de sorte que les prétentions reconventionnelles de la recourante ne font pas partie de l'objet de la contestation. Cela étant, comme cela ressort des considérations qui suivent, la question du remboursement du montant de 2'380 fr. 70 n'est pas si étroitement liée à l'objet principal qu'il faille parler d'un état de fait commun. Les conclusions reconventionnelles du recourant sont par conséquent irrecevables de sorte qu'il appartient donc à l'assuré de solliciter une décision formelle portant sur le remboursement de 2'380 fr. 70 et d'y former opposition en cas de désaccord. c) Quant à l'intimée, elle a conclu, en se fondant sur l'ATF 129 V 90, à la condamnation solidaire des époux au paiement du montant total des cotisations dues, soit 1'633 fr. 80. En d'autres termes, elle n'a pris aucune conclusion en confirmation de la décision attaquée mais tente de modifier sa décision sur opposition en

requérant la condamnation solidaires des époux au lieu de la condamnation de chaque époux pris individuellement. Conformément à la jurisprudence fédérale, un époux répond solidairement, en vertu de l'art. 166 al. 1 et 3 CC, des dettes de cotisations de l'assurance-maladie obligatoire, que le rapport d'assurance, dont découle la créance de cotisations, ait été créé pendant la vie commune ou pour satisfaire des besoins courants de la famille. En d'autres termes, chaque époux s'oblige personnellement et oblige solidairement son conjoint. Il s'agit d'une solidarité passive au sens des art. 143 et ss CO (Audrey LEUBA, Commentaire romand, Code civil I, 2010, n° 29 ad Art. 166). A teneur de l'art. 144 al. 1 CO, le créancier peut, à son choix, exiger de tous les débiteurs solidaires ou de l'un d'eux l'exécution intégrale ou partielle de l'obligation. Dans le cas d'espèce, malgré le principe de la solidarité entre époux s'agissant des cotisations de l'assurance-maladie, la caisse-maladie a choisi d'exiger de chaque débiteur l'exécution intégrale de l'obligation le concernant et elle a, par conséquent, rendu deux décisions sur opposition distinctes : – Dans une décision sur opposition du 1er avril 2010 visant le recourant, contre laquelle ce dernier a recouru, l'intimée a déclaré celui-ci, pris individuellement, débiteur d'un montant de 1'306 fr. 50, auquel s'ajoutent encore 20 fr. de frais administratifs ; – Parallèlement, dans une décision sur opposition datée du même jour, concernant l'épouse, qui a également interjeté recours, la caisse-maladie a déclaré celle-ci, prise individuellement, débitrice d'un montant de 327 fr. 30, auquel s'ajoutent encore 10 fr. de frais administratifs. En d'autres termes, l'intimée a choisi de considérer chaque époux comme étant responsable de ses propres dettes de cotisation et non de les retenir comme

A/1554/2010 - 13/19 - débiteurs solidaires. Ainsi, l'objet du présent litige est le montant de 1'326 fr. 50 en ce qui concerne le recourant et la caisse-maladie ne saurait le modifier par le biais de la jonction, en considérant désormais les recourants comme des débiteurs solidaires et en prenant des conclusions solidaires à leur encontre, alors que cela n'a jamais été le cas précédemment. Si l'intimée avait voulu éviter tout problème d'attribution du montant de 537 fr. 10, comme elle le prétend dans ses observations du 28 février 2011, il lui appartenait de rendre une seule décision, puis une seule décision sur opposition, dans lesquelles les époux étaient recherchés conjointement et solidairement. Les conclusions en condamnation formulées par l'intimée sont par conséquent irrecevables

E. 7

Tant dans sa décision du 3 décembre 2009 que dans sa décision du 1er avril 2010, la caisse-maladie a indiqué avoir attribué les versements effectués par le recourant au paiement des primes LCA dans un premier temps afin d'éviter une suspension de la couverture. a) Aux termes de l'art. 86 CO, le débiteur qui a plusieurs dettes à payer au même créancier a le droit de déclarer, lors du paiement, laquelle il entend acquitter (al. 1). Faute de déclaration de sa part, le paiement est imputé sur la dette que le créancier désigne dans la quittance, si le débiteur ne s'y oppose immédiatement (al. 2). Cette disposition légale est applicable en matière de cotisations aux assurances sociales (SVR 2000 AHV n° 13 p. 43 consid. 2 et la référence). En ce qui concerne l'imputation par le débiteur (art. 86 al. 1 CO), celui-ci exerce son choix par une déclaration, soit par un acte juridique unilatéral soumis à réception. Cette déclaration interviendra normalement lors du paiement (art. 86 al. 1 CO), mais peut aussi intervenir avant celui-ci; le débiteur peut également se réserver le droit d'une détermination ultérieure. Il appartient au débiteur d'établir l'existence d'une déclaration d'imputation de sa part et sa conformité avec la prestation litigieuse (voir Denis Loertscher, Commentaire romand, Code des obligations I, n° 5 et 9 ad art. 86 CO; Urs Leu,

Basler Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Obligationenrecht I, 3e édition, n° 3 et 5 ad art. 86 CO). b) Dans le cas d'espèce, les bulletins de versement utilisés par le recourant pour payer ses dettes lui étaient transmis en annexe aux décomptes de primes LAMal et LCA. Ainsi, conformément à l'art. 86 al. 2 CO, les paiements ont à chaque fois été imputés sur la dette désignée dans la quittance soit, en d'autres termes, dans les décomptes de primes. Par la suite, l'intimée a décidé d'attribuer les versements en priorité aux primes LCA de sorte que la répartition prévue par les décomptes adressés au recourant a été modifiée. On peut s'interroger sur la validité de cette manière de procéder. Cela étant, cette question peut rester ouverte pour les motifs suivants. En effet, le montant dû par le A/1554/2010 - 14/19 - recourant est identique, que les paiements aient été attribués en priorité aux primes LCA ou non. Par ailleurs, cette manière de faire a permis d'éviter la suspension de la couverture LCA, que la caisse-maladie n'aurait pas manqué d'appliquer en cas de non-paiement des primes LCA conformément à l'art. 20 LCA. Enfin, il doit encore être constaté que le recourant ne s'est jamais opposé à cette nouvelle répartition. Ainsi, pour des motifs de simplification et d'économie, la Cour de céans retiendra qu'une partie des paiements effectués, soit 1'157 fr. 40, a permis de payer les primes LCA (18 mois à 64 fr. 30).

E. 8

Cela étant précisé, il sied de déterminer si le recourant pouvait compenser les primes LAMal dues avec la créance qu'il pensait avoir à l'encontre de la caisse-maladie. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'obligation de payer des cotisations découle de l'art. 61 LAMal, alors que la participation aux coûts est prévue par l'art. 64 LAMal. Elles constituent la conséquence juridique et impérative de l'affiliation valide à une caisse-maladie et s'étendent à toute la durée de celle-ci. L'assureur fixe lui-même le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). Selon l'art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (ci-après : OAMal), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. Ce principe est repris à l'art 14.1 du Règlement pour les assurances selon la LAMal de la caisse-maladie (ci-après : le Règlement) qui stipule que l'assuré doit payer ses primes à l'avance. Si les caisses-maladie reconnues - organisées selon le droit public ou le droit privé - peuvent compenser des prestations d'assurance échues avec des créances de cotisations arriérées, le même droit n'appartient pas aux assurés (cf ATF 110 V 183 ; SVR 2006 KV Nr 11 p. 32 ; RAMA 2005 n° KV 343 p. 358). A teneur de l'art. 11 du Règlement, les créances de la caisse-maladie envers son assuré sont déduites des prestations dues par la caisse-maladie. Par contre, l'assuré ne dispose d'aucun droit de compensation à l'égard de la caisse-maladie. Ce principe a d'ailleurs été confirmé par la jurisprudence fédérale. b) En l'espèce, le recourant a excipé de la compensation au lieu de s'acquitter des primes LAMal pour les mois de mars à juillet inclus. Or, conformément à la jurisprudence et à l'art. 11 du Règlement, seule la caisse-maladie dispose d'un droit

A/1554/2010 - 15/19 - de compensation, à l'exception de l'assuré. Ce dernier n'était ainsi pas autorisé à refuser de payer les primes des mois de mars à juillet 2009 (5x 460 fr. 90 soit 2'304 fr. 50). Dès lors qu'un montant de 460 fr. 90 a été versé, le 28 août 2008, sans décompte correspondant, il est venu déduire la dette du recourant la ramenant à 1'843 fr. 60.

E. 9

Il convient ensuite d'examiner si l'intimée pouvait attribuer au compte du recourant le versement de 537 fr. 10 du 29 juillet 2008 et le déduire du montant de 1'843 fr. 60. a) Les principes relatifs à l'imputation des versements ayant été expliqués ci-dessus, il sied d'y renvoyer. b) Dans le cas d'espèce, l'épouse du recourant, également affiliée auprès de la caisse-maladie, s'est acquittée de sa prime du mois de juillet 2008 de 537 fr. 10 au moyen d'un bulletin de versement (ci-après : BVR) vierge, qu'elle a rempli à la main. Lorsqu'un BVR est pré-imprimé par le créancier, il contient en général un numéro de référence, qui apparaît également sur le talon destiné au débiteur, ce qui n'est pas le cas lorsqu'un BVR vierge est utilisé. L'épouse du recourant ayant payé la prime du mois de juillet 2008 au moyen d'un BVR vierge, aucun numéro de référence n'était pré-imprimé. Ainsi, en précisant que le montant de 537 fr. 10 était versé par sa fille et elle-même, elle a manifesté à l'intimée son intention de procéder au versement en leur nom et non pour le compte de son époux, le recourant. Par ailleurs, l'intimée n'a pas rendu vraisemblable le fait que le BVR remis à la POSTE SUISSE contenait un numéro de référence attribué au compte du recourant. En effet, renseignements pris auprès de la POSTE SUISSE, une copie des BVR vierges est adressée au créancier au contraire des BVR pré-imprimés. Cela étant, quel que soit le type de BVR utilisé, il est archivé auprès de la POSTE SUISSE et une copie peut être demandée, moyennant paiement de 15 fr. Ainsi, contrairement aux affirmations de l'intimée dans son courrier du 20 décembre 2010, elle disposait d'une copie du BVR utilisé par l'épouse du recourant ou pouvait à tout le moins en solliciter une auprès de la POSTE SUISSE. Par ailleurs, les extraits de la comptabilité interne remis le 20 décembre 2010 ne permettent pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'épouse du recourant aurait ajouté manuellement, sur le BVR vierge, le numéro de référence attribué au compte du recourant. C'est le lieu de rappeler que, conformément au devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire, les parties doivent apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. 130 I 183 consid. 3.2). Dès lors qu'elle n'a pas

A/1554/2010 - 16/19 - apporté la preuve que l'épouse du recourant avait précisé manuellement sur le BVR utilisé que le montant de 537 fr. 10 était payé pour le compte du recourant, l'intimée supporte les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, contrairement aux affirmations de l'intimée, le BVR qui lui était destiné ne contenait aucun numéro de référence de sorte que c'est par erreur que le versement de 537 fr. 10 a été attribué au compte du recourant. Par conséquent, le montant de 537 fr. 10 ne doit pas être déduit des 1'843 fr. 60 encre dus à titre de primes non payées.

E. 10

Ainsi, que la caisse-maladie ait imputé des versements prioritairement aux primes LCA ou non, le solde dû par le recourant est identique :

Paiements affectés aux primes LCA en priorité (01.07.08-31.12.09) Paiement des primes LCA et LAMal (01.07.08 - 31.12.09) Primes LAMal (18 x 396.60) 7'138.80 Primes LCA (18 x 64.30) 1'157.40 Primes LAMal et LCA (18 x 460.90) 8'296.20 Versements effectués 6'452.60 Versements effectués 6'452.60 Solde encore dû (7'138.80 - [6'452.60 - 1'157.40]) 1'843.60 Solde encore dû (8'296.20 - 6'452.60) 1'843.60

E. 11

Dans un souci d'exécutivité, la Cour de céans rappellera encore que chaque assuré doit en principe payer une prime individuelle (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, 1998, n° 331 p. 178). Toutefois, pour simplifier le recouvrement des primes, certains assureurs rassemblent administrativement sous une unité, appelée notamment « police familiale », « contrat familial » ou encore « assurance familiale », les membres d'une même famille et adresse les décomptes de primes au « chef de famille », également en ce qui concerne les membres majeurs. Le « chef de famille » ne devient toutefois pas débiteur des primes et participations des membres de la famille sauf s'il est responsable solidairement, de par la loi, de leur paiement (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit*, 2007, n° 1026 p. 747). En l'espèce, de janvier à mai 2008, la caisse-maladie a adressé à l'épouse du recourant un décompte de prime portant sur les cotisations dues par tous les membres du « groupe familial ». C'est en outre elle qui s'est acquittée, au moyen de bulletins de versement libellés à son nom, des primes de la famille, soit également de celles dues par le recourant. Suite à son courrier du 21 avril 2008,

A/1554/2010 - 17/19 - dans lequel elle indiquait expressément n'être débitrice que des primes de sa fille et des siennes depuis le 1er janvier 2008, la caisse-maladie a séparé, avec effet rétroactif au 1er février 2008, le compte de son époux du sien. Une nouvelle police d'assurance au nom du recourant a d'ailleurs été établie à cet effet. Compte tenu de cette séparation avec effet rétroactif au 1er février 2008, la caisse-maladie a remboursé les primes relatives aux assurances conclus par le recourant mais payées par son épouse. Dès lors que c'est cette dernière qui a effectué les versements au moyen de BVR libellés à son nom, c'est à elle - et non au recourant - que le montant payé en trop devait être remboursé, ce qui a été fait par la caisse-maladie. Il appartient par conséquent au recourant de s'entendre avec son épouse sur la restitution du montant relatif à ses primes remboursé par la caisse-maladie.

E. 12

S'agissant des frais de rappel et des frais administratifs, ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal. Aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé, par sa faute, des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Tel est le cas en l'espèce (cf. point 14.3 du règlement des assurances selon la LAMal, édition 2010). Le montant de 20 fr. de frais administratif est ainsi justifié.

E. 13

En vertu des art. 61 let. d et 89E LPA, le Tribunal cantonal des assurances sociales peut, indépendamment des conclusions des parties, réformer la décision attaquée en faveur ou au détriment du recourant. Il doit préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Selon la jurisprudence constante, lorsqu'une autorité envisage de procéder sur recours à une *reformatio in pejus* de la décision attaquée, elle est tenue d'avertir le recourant de son intention et doit lui donner l'occasion de s'exprimer ou de retirer son recours (ATF 122 V 167 consid. 2a et les arrêts cités). Dans le cas d'espèce, la Cour de céans a informé les parties de son intention de procéder à une *reformatio in pejus* et

leur a donné la possibilité de s'exprimer par courrier du 31 janvier 2011. Le recourant ayant maintenu son recours par courrier du 25 février 2011, la Cour de céans décide de procéder à une reformatio in pejus en défaveur de celui-ci et le condamner à verser à l'intimée un montant de 1'863 fr. 60 en lieu et place des 1'326 fr. 50 réclamés (frais de rappel y compris).

A/1554/2010 - 18/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant Préalablement :

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