

# **GE\_GERICHTE ATAS/40/2012 vom 24. Januar 2012**

GE Cour de justice, 2012-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_40\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_40_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/40/2012 du 24 janvier 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/40/2012 del 24 gennaio 2012

## **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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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**

Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Les décisions sur opposition doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).

A/3846/2011 - 4/7 - Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur la créance de la caisse contre l'assurée en paiement de 120 fr. de frais de sommation et de 60 fr. de frais d'ouverture de dossier, la recourante ne contestant pas être redevable des autres sommes réclamées, soit 188 fr. 70 ,103 fr. 30, 156 fr. et 27 fr. 50, de participations aux frais de maladie selon 4 relevés distincts. Elle considère les frais administratifs disproportionnés, qui doivent selon elle être assimilés à un "enrichissement éhonté". a) 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).

Parallèlement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer 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 (ATF 131 V 147). b) L'exécution des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61 ss. LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal), de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations, par des mesures spécifiques au droit de l'assurance-maladie, ne sont réglées ni par la LAMal ni dans une norme de délégation qui serait contenue dans cette loi et qui chargerait le Conseil fédéral de régler ces questions. Les assureurs doivent ainsi faire valoir leurs prétentions par la voie de l'exécution forcée selon la LP ou par celle de la compensation (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 ad art. 4). L'art. 88 al. 2 LAMal prévoit ainsi que les décisions et décisions sur opposition au sens de l'art. 88 al. 1 LAMal qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (cf. aussi ATF 125 V 273 consid. 6c). Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant

A/3846/2011 - 5/7 - 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références). Au vu de ce qui précède, l'intimée, qui a respecté la procédure prescrite pour le recouvrement de ses créances, était habilitée à lever elle-même l'opposition formée au commandement de payer. 4.a) S'agissant plus particulièrement des frais administratifs, l'assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276). 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 (ATFA non publié du 29 janvier 2003, K 28/02, consid. 5). Les frais administratifs perçus par l'assureur doivent se situer "dans une mesure appropriée" (art. 105b al. 3 OAMal). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une

hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

## **E. 5**

En l'espèce, il est incontestable, sur le principe, que la caisse est en droit de poursuivre la recourante pour le montant des frais occasionnés par son retard. En effet, l'art. 3 des conditions générales complémentaires à l'assurance obligatoire des soins prévoit que l'intimée peut percevoir un intérêt moratoire, ainsi que les frais administratifs notamment pour établir les rappels, les sommations et pour engager

A/3846/2011 - 6/7 - des poursuites. La recourante ne s'est pas acquittée des sommes dues malgré un rappel et une sommation pour chaque facture de sorte qu'il faut considérer qu'elle a occasionné fautivement les frais administratifs. Au demeurant, le fait que la situation contractuelle était peu claire durant le 1er semestre de 2010, la résiliation du contrat ayant été admise le 5 août 2010 avec effet rétroactif au 1er janvier 2010, ne dispensait pas l'assurée de payer les sommes réclamées, dès lors que, s'agissant des trois premières factures citées, la caisse avait déjà payé les prestations en question et était donc légitimée à réclamer la participation due. Les frais y afférents sont donc également dus. Pour ce qui est de la quatrième facture de pharmacie payée par la caisse, alors que la résiliation avait été admise, l'intimée était fondée à réclamer le remboursement de toute la facture (et pas seulement une participation), l'assurée disposant du temps nécessaire pour l'adresser à sa nouvelle caisse, entre la facture du 27 septembre et le rappel du 17 novembre 2010, afin d'éviter les frais de rappel et de sommation. Reste à examiner si la somme de 30 fr. retenue à titre de frais de sommation pour chaque facture et celle de 60 fr. pour l'ouverture du dossier sont excessives, comme le soutient la recourante. La Cour de céans a considéré le montant de 100 fr., réclamé à titre de frais de dossier, dans un cas où la créance en souffrance était de 140 fr. 50 comme "dépassant ce qui était raisonnablement exigible", réduisant ces frais à 70 fr. (ATAS 1034/2007). Usuellement, les assurances perçoivent des frais administratifs entre 20 fr. et 80 fr. (cf. ATAS 964/2010, ATAS 524/2008; cf. aussi ATF np K\_1/04 du 6 août 2004). En l'espèce, pour chaque facture en souffrance, les frais de rappel (10 fr.) et de sommation (30 fr.) ont totalisé 40 fr. C'est lors de la réquisition de poursuite seulement que la caisse a ajouté 60 fr. de frais d'ouverture de dossier. Il est indéniable que le retard de paiement a contraint l'assurance à déployer une activité de rappel et de recouvrement, qui est toutefois standardisée et ne nécessite pas un grand travail. Au regard de la casuistique relevée il faut admettre que des frais de rappel et de sommation de 160 fr. pour un montant en souffrance de 475 fr. 50, compte tenu du fait qu'il s'agissait de 4 factures distinctes, soit 40 fr. par facture à recouvrer, n'est pas excessif. Il en va de même des frais d'ouverture du dossier au stade de la poursuite pour les 4 factures. Les frais de sommation de 120 fr, ajoutés aux frais de rappel de 40 fr, ainsi que ceux d'ouverture de dossier de 60 fr. ne paraissent pas, dans le cas particulier, excessifs et ne procurent à la caisse aucun enrichissement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les réduire. Pour le surplus, la recourante ne conteste plus les frais de poursuite.

## **E. 6**

Le recours, mal fondé, est rejeté et la procédure est gratuite.

A/3846/2011 - 7/7 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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