

GE_GERICHTE ATAS/867/2016 vom 25. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_867_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/867/2016 du 25 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/867/2016 del 25 ottobre 2016

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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

A/1370/2016 - 8/16 - 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 LAMal. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. L'assureur-maladie prétend que les assurances complémentaires ne ressortent pas de la compétence de la chambre de céans. b. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c LOJ, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît également en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la LCA. c. En l'espèce, selon la convention-cadre conclue entre l'employeur et l'assureur-maladie, laquelle porte, tel que son titre l'indique, sur les assurances complémentaires, les rapports entre les assurés et l'assureur sont en particulier régis par la LCA, étant précisé que, font notamment partie intégrante de cette convention, les conditions générales pour les assurances-maladie complémentaires. De plus, selon la première page de couverture, cette convention concerne, entre autres, l'assurance maladie complémentaire. Il s'ensuit que la convention-cadre vise les assurances complémentaires à l'assurance-maladie relevant de la LCA, de sorte que, contrairement à ce qu'allègue l'assureur-maladie, la compétence de la chambre de céans est établie. d. Par ailleurs, aux termes de l'art. 9 de la convention-cadre, en cas de contestation, le bénéficiaire peut notamment choisir les tribunaux de son domicile suisse. La recourante, étant domiciliée dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu. Eu à égard à ce qui précède, la chambre de céans est compétente tant en ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire que l'assurance-maladie complémentaire, étant toutefois précisé que l'objet du présent litige ne vise que la LAMal, comme on le verra ci-après.

E. 3

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1 ; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à

elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

A/1370/2016 - 9/16 -

E. 4

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours a été formé en temps utile, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - RS E 5 10]).

E. 5

À titre liminaire, on observe que la recourante a sollicité la production de la convention-cadre par l'assureur-maladie et de pièces complémentaires, des annexes mentionnées dans cette convention et de toute documentation contractuelle que l'assureur-maladie aurait pu souscrire avec l'employeur en lien avec l'assurance- maladie obligatoire, ainsi que son audition. La recourante a pris ces conclusions afin de démontrer qu'elle faisait toujours partie du cercle des bénéficiaires de ladite convention, et ainsi, peaufiner l'interprétation qu'elle fait de cette convention-cadre, laquelle, il y a lieu de le répéter, ne s'applique qu'aux assurances complémentaires. Or, les primes au titre de la LCA ont été annulées, de sorte que ces conclusions excèdent l'objet du litige, tel que défini ci-après. Elles sont donc d'emblée irrecevables. Il en va de même s'agissant de la dernière demande – tendant à la production de toute documentation contractuelle relative à l'assurance obligatoire – dans la mesure où, en ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire, les questions de l'affiliation, des primes et des prestations sont régies exclusivement par la LAMal (ATAS/650/2005 du

E. 10

Il convient, ci-après, d'analyser si la recourante est affiliée auprès de l'assureur- maladie à compter du 1^{er} février 2014. a. La recourante conteste avoir signé un contrat avec l'assureur-maladie, de sorte qu'elle ne serait pas affiliée auprès de cette dernière. b. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). L'art. 3 al. 1 LAMal pose le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance- maladie, du 27 juin 1995 (OAMal) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse (CC) sont tenues de s'assurer, tout comme les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal). Les art. 2 à 6 OAMal énumèrent les cas d'exemption de l'obligation de s'assurer. c. Aux termes de 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). 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 d'assurance (al. 5). En dérogation à l'art. 7 LAMal, qui fixe les conditions de résiliation, l'art. 64a al. 6 LAMal limite le droit de l'assuré de changer d'assurance lorsqu'il est en retard de payer intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. En d'autres termes, tant qu'un assuré n'est pas à jour avec ses paiements à l'égard de son assurance-maladie, il ne peut changer

d'assureur.

E. 11

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

A/1370/2016 - 12/16 - 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 12

En l'espèce, la recourante et sa fille, domiciliées en Suisse, sont soumises à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et ne font pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. On relèvera que depuis le 1er janvier 2011, la recourante et sa fille sont affiliées auprès de l'assureur-maladie. Il est établi que la recourante a été transférée en assurance individuelle obligatoire des soins à compter du 1er février 2014, à sa sortie du contrat collectif conclu par l'employeur. Un certificat d'assurance 2014 a été établi en ce sens. Force est de constater que la recourante n'a pas résilié son contrat d'assurance pour la fin de l'année 2013, de sorte qu'elle était restée affiliée en 2014. Par ailleurs, ce n'est pas en soi l'affiliation à titre individuel auprès de l'assureur-maladie, à compter du 1er février – pour éviter une interruption de sa couverture d'assurance –, ou à compter du 1er juillet 2014 en ce qui concerne la fille, qui est problématique, mais plutôt le fait de devoir s'acquitter – personnellement – des primes, ce que la recourante n'a pas manqué de faire savoir à l'assureur-maladie à maintes reprises. En conséquence, la recourante et sa fille demeurent bel et bien affiliées auprès de l'assureur-maladie à titre individuel depuis le 1er février 2014, respectivement depuis le 1er juillet 2014, étant précisé qu'un changement d'assureur ne peut intervenir tant que l'intégralité des montants dus n'est pas réglée.

E. 13

Reste à déterminer si la recourante est débitrice de ses primes personnelles et des participations aux coûts à compter de la date susvisée. a. La recourante considère qu'elle ne l'est pas, au motif qu'elle serait toujours mariée et qu'il appartiendrait à son époux (ou à l'employeur) de s'en acquitter. b. 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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Aux termes de l'art. 61 al. 1 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. L'obligation de payer les primes constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161;

A/1370/2016 - 13/16 - 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal). c. Selon l'art. 64a LAMal, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2012, 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, et lui impartit un délai de 30 jours en l'informant 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). d. 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. On précisera que l'art. 166 CC ne concerne que les rapports des époux avec les tiers et est indépendant du régime matrimonial des époux; il ne désigne pas celui des époux qui, dans les rapports internes, supporte la dette (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2012 du 29 octobre 2012 consid 4 et les références citées). Il s'agit d'une solidarité passive au sens des art. 143 et ss CO (Audrey LEUBA, Commentaire romand, n. 29 ad art. 166 CC). À 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. La suspension de la vie commune met fin à la solidarité même pour des prestations (en l'occurrence des primes) fondées sur des rapports contractuels durables conclus alors que la vie commune existait encore (arrêt du Tribunal fédéral K.140/01 du

E. 16

Ainsi, le recours, en tous points mal fondés, sera rejeté.

E. 17

L'assureur-maladie conclut à l'octroi de dépens, étant précisé que son service juridique a rédigé la réponse, ainsi que la duplique. a. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal (ATAS/325/2016 du 26 avril 2016). b. En l'espèce, on ne saurait considérer le recours - même mal fondé - comme téméraire ou ayant été interjeté à la légère. La conclusion tendant à l'octroi de dépens, prise par l'assureur-maladie, non représenté par un avocat indépendant, sera donc rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1370/2016 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :