

GE_GERICHTE ATAS/978/2015 vom 18. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_978_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/978/2015 du 18 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/978/2015 del 18 dicembre 2015

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 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).

E. 3

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimée pouvait légitimement maintenir l'affiliation du recourant au-delà du mois de décembre 2011 et, partant, exiger de lui le paiement des primes afférentes aux mois de janvier 2012 à juin 2015. S'agissant des poursuites engagées à son encontre par l'assureur-maladie, le recourant a la possibilité de les contester une par une auprès de la Cour de céans par le biais de recours contre les décisions de mainlevée d'opposition de l'assurance. Quant aux conclusions du recourant visant l'annulation des poursuites à son encontre et l'octroi de dommages et intérêts, elles sont irrecevables. En effet, ces questions relèvent de la justice civile (cf. art. 85 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite [LP – RS 821.1] ; art. 86 LOJ).

E. 4

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). 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 impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. [...] (al. 2). L'art. 90 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102), précise que les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. Dans leur version en vigueur dès le 1er janvier 2012, l'art. 105a OAMal fixe à 5% par année le taux des intérêts moratoires pour les primes échues (cf. aussi

A/2175/2015 - 8/12 - art. 26 al. 1 LPGA) et l'art. 105b OAMal précise 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 sur d'autres retards de paiement éventuels (art. 105b al. 1 OAMal). 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 (art. 105b al. 2 OAMal ; cf. également l'art. 3 al. 1 des conditions générales de l'intimée ("dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal" ; cf. aussi ATF 125 V 276 consid. 2/bb).

E. 5

À teneur de 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. Aux termes de 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. 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. Selon l'al. 6 de l'article précité, lorsque le changement 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. En dérogation à l'art. 7 LAMal, l'art. 64a al. 6 LAMal énonce que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 105l OAMal précise que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1). Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai (al. 2). Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 de la loi. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (al. 3).

E. 5.2

; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, p. 197).

E. 6

Selon la doctrine et la jurisprudence, la compensation de créances réciproques constitue un principe juridique général, ancré en droit privé aux art. 120 ss du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220), qui trouve application en droit

A/2175/2015 - 9/12 - administratif. En droit des assurances sociales plus particulièrement, le principe est reconnu, même dans les branches de ce droit qui ne le prévoient pas expressément (ATF 132 V 127 consid. 6.1.1 ; ATF 128 V 50 consid. 4a et 224 consid. 3b ainsi que les références). De manière générale, la compensation en droit public - et donc

notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (ATF 130 V 505 consid. 2.4 ; ATF 128 V 228 consid. 3b ; VSI 1994 p. 217 consid. 3). Il convient de faire une réserve à l'application analogique de l'art. 120 CO en droit public, s'agissant du droit d'invoquer la créance en compensation. L'art. 125 ch. 3 CO interdit, en effet, à un privé d'éteindre par compensation une créance dérivant du droit public en faveur de l'État et des communes, contre leur volonté. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs-maladies jouissent d'un privilège identique (ATF 110 V 183 consid. 3 ; Milan KRYKA, Die Verrechnung in Konkurs, Nachlassverfahren und Konkursaufschub, in SSHW - Schweizer Schriften zum Handels- und Wirtschaftsrecht, n. 302, 2011, p. 22).

E. 7

Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1). L'exigence de loyauté contenue dans le principe de la bonne foi interdit tant à l'autorité qu'à l'administré d'adopter un comportement contradictoire et abusif. Il en résulte notamment qu'il faut être soi-même de bonne foi pour invoquer une prétendue violation de ce principe (ATF 136 I 254 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2A.52/2003 du 23 janvier 2004 consid.

E. 8

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 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. 9

En l'espèce, le recourant a demandé par écrit, le 28 septembre 2011, la résiliation de son assurance avec effet au 31 décembre 2011, respectant ainsi le délai prévu à l'art. 7 al. 1 LAMal. Il est à noter que la demande de résiliation du recourant ne précise pas si elle vise uniquement le contrat conclu au titre de l'assurance-maladie obligatoire, au sens de la LAMal, ou également le contrat d'assurance

A/2175/2015 - 10/12 - complémentaire. Quoi qu'il en soit, seul le sort d'un contrat d'assurance-maladie obligatoire peut faire l'objet d'une décision rendue en application des dispositions de la LAMal. Des conclusions qui porteraient également sur la résiliation d'un contrat d'assurance complémentaire seraient irrecevables dans cette mesure. Le 21 octobre 2011, après avoir consenti à l'annulation de la facture de prime pour le mois de mai 2011, l'intimée a accusé réception de la résiliation en précisant qu'elle pouvait être effective au 31 décembre 2011, à la double condition que le nouvel assureur lui fasse parvenir, avant

l'échéance, une attestation d'assurance et que l'intégralité des primes, participation aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite aient été payés avant le changement d'assureur. En faisant parvenir les informations précitées au recourant, l'intimée a fait application de l'art. 64a al. 6 LAMal et de l'art. 105l al. 2 OAMal. Or, le recourant n'était pas en retard de paiement au sens de l'art. 105l al. 1 OAMal, lorsqu'il a fait parvenir à l'intimée sa lettre de résiliation du 28 septembre 2011, puisque d'une part, il n'était pas débiteur de la prime de mai 2011 pour laquelle il avait été poursuivi à tort et, d'autre part, il n'avait pas encore reçu de sommation pour non-paiement de la prime de décembre 2011, le délai au 30 novembre pour s'en acquitter n'étant pas encore échu. Il n'en demeure pas moins que le recourant ne s'étant par la suite pas acquitté à l'échéance de la prime du mois de décembre 2011, il en est demeuré débiteur au 31 décembre 2011, comme exposé ci-dessous (infra consid. 10), raison pour laquelle il s'est vu adresser un rappel de paiement le 16 décembre 2011, puis une sommation en bonne et due forme, le 20 janvier 2012, en application de l'art. 105b al. 1 LAMal. De surcroît, il n'a pas produit, avant le 31 décembre 2011, une attestation d'affiliation auprès d'un nouvel assureur-maladie avec effet au 1er janvier 2012, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal.

E. 10

C'est en vain que le recourant invoque l'extinction par compensation de la créance en paiement de l'intimée relative à la prime de décembre 2011 avec sa propre créance en remboursement de la prime de mai 2011, dans la mesure où l'intimée a procédé, en date du 24 octobre 2011, au remboursement sur son compte bancaire des primes d'assurance de base et complémentaire relatives au mois de mai 2011. Si l'on tient pour vraisemblables les allégations du recourant selon lesquelles l'intimée aurait, dans un premier temps, acquiescé par téléphone à l'extinction par compensation de sa créance de prime du mois de décembre 2011, il convient de conclure qu'elle a fait preuve d'un comportement contradictoire en créditant, dans un second temps, en faveur du recourant le montant de la prime de mai 2011. Toutefois, la chambre de céans ne saurait admettre que par son comportement contradictoire l'intimée a violé le principe de la bonne foi, dans la mesure où le recourant aurait dû et pu s'apercevoir, en consultant son compte bancaire, que l'intimée avait renoncé à l'extinction de sa créance par compensation. Il ressort, en effet, de la pièce n. 6 versée à la procédure par l'intimée et de l'extrait de compte du 30 novembre 2011 produit par le recourant qu'un remboursement de CHF 320.70, montant correspondant aux primes mensuelles 2011 pour l'assurance obligatoire des

A/2175/2015 - 11/12 - soins et l'assurance complémentaire, a été opéré en faveur du recourant en date du 24 octobre 2011. Par ailleurs, le recourant aurait dû contacter l'intimée suite au rappel de paiement du 16 décembre 2011 relatif à la prime dudit mois. Il y a ainsi lieu de reconnaître que le recourant n'était pas légitimé à invoquer en compensation sa créance en remboursement de la prime de mai 2011 avec la créance de l'intimée relative à la prime de décembre 2011, dont il est par conséquent demeuré débiteur au 31 décembre 2011. En résumé, le recourant a payé - à tort - CHF 459.35 en octobre 2011, sur lesquels l'assurance lui a remboursé CHF 320.70 quelques jours plus tard. S'il est vrai que le recourant a ainsi versé CHF 138.65 de trop, cela ne suffisait quoi qu'il en soit pas à éteindre sa dette de prime de décembre 2011. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimée a maintenu l'affiliation du recourant au-delà de décembre 2011 puisque le recourant était resté débiteur envers elle, même si ce n'était que pour un montant modeste. La décision querellée est donc bien fondée et le recours doit être rejeté. La

chambre de céans attire l'attention du recourant sur le fait qu'il est légalement tenu de s'acquitter des primes mensuelles à l'égard de l'intimée jusqu'à ce que son contrat d'assurance-maladie soit valablement résilié. Or, tant qu'il ne paiera pas les primes en souffrance, l'intimée ne sera pas autorisée à accepter la résiliation dudit contrat. Il appartient ainsi au recourant de faire diligence pour s'acquitter des arriérés et produire une attestation d'affiliation auprès d'un assureur-maladie, afin que l'intimée puisse, sans violer la loi, le libérer du contrat les liant et que la situation préjudiciable dans laquelle il s'est enfermé puisse prendre fin. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais.

A/2175/2015 - 12/12 - 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.