

# GE\_GERICHTE A/108/2016 vom 5. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_108\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_108_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/108/2016 du 5 avril 2016

IT: GE\_GERICHTE A/108/2016 del 5 aprile 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON recourant contre ASSURA-BASIS SA, sise avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, (ci-après l'intéressé) et son épouse, Madame A\_\_\_\_\_, ont été affiliés d'office auprès d'ASSURA BASIS SA (ci-après la caisse-maladie) avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2001 sur demande du service de l'assurance-maladie.![endif]>![if> 2. Depuis, les époux A\_\_\_\_\_ font valoir qu'ils n'ont jamais signé un contrat d'assurance-maladie et considèrent qu'ils n'ont pas à payer de primes à la caisse-maladie. Aussi de nombreuses procédures identiques ont-elles déjà été traitées par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, et par le Tribunal fédéral.![endif]>![if> 3. L'intéressé est au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins, risque accident inclus, avec une franchise de CHF 300.-, dont la prime mensuelle pour l'année 2015 est de CHF 392.40. De même en est-il de son épouse.![endif]>![if> 4. Par courriers des 20 février, 16 mars, 22 mai, 16 et 30 juin 2015, la caisse-maladie, constatant que l'intéressé ne s'était pas acquitté des primes des mois de janvier à juin 2015, a adressé à l'intéressé des « premiers rappels LAMal ».![endif]>![if> 5. Deux « mises en demeure LAMal » lui ont été notifiées les 30 mars et 30 juin 2015.![endif]>![if> 6. Son épouse a également fait l'objet de « premiers rappels LAMal et de mises en demeure » aux mêmes dates et pour les primes de la même période. ![endif]>![if> 7. Deux commandements de payer à hauteur de CHF 2'296.40 et CHF 2'454.40 ont été notifiés à l'intéressé les 10 août (poursuite n° 1\_\_\_\_\_) et 15 septembre 2015 (poursuite n° 2\_\_\_\_\_) pour lui-même et son épouse.![endif]>![if> 8. Par décisions des 25 septembre et 23 octobre 2015, la caisse-maladie a prononcé la mainlevée des oppositions formées par l'intéressé auxdites poursuites.![endif]>![if> 9. L'intéressé a formé opposition à ces décisions de mainlevée les 21 octobre et 16 novembre 2015.![endif]>![if> 10. Par décision du 15 décembre 2015, la caisse-maladie a rejeté les oppositions et confirmé les décisions des 25 septembre et 23 octobre 2015.![endif]>![if> 11. L'intéressé a interjeté recours le 13 janvier 2016 contre ladite décision sur opposition, au motif que « malgré toutes nos interventions lors des quinze dernières années, ASSURA ne nous a jamais écoutés. Un arrangement pouvait être trouvé en septembre 2002, mais ASSURA a préféré signer les polices en notre faveur sans notre consentement. Résultat, ASSURA paie des prestations sans recevoir de cotisations de notre part. L'art. 1 CO empêche cette situation, car il faut au moins deux membres pour créer une police. Le CO est impératif et s'impose devant la LAMal. Une police signée seulement par un membre est nulle. C'est notre cas ».![endif]>![if> L'intéressé relève enfin que son épouse et lui-même sont assurés auprès d'une caisse-maladie depuis avril 1977. 12. Dans sa réponse du 11 février 2016, la caisse-maladie a conclu au rejet du recours. Elle s'étonne de ce que l'intéressé fasse valoir – apparemment pour la première fois – être affilié auprès d'une caisse-maladie depuis avril 1977. Elle relève quoi qu'il en soit que

l'intéressé n'indique pas de quelle caisse-maladie il s'agit. Il n'a au demeurant jamais produit d'attestation d'une autre assurance qui les aurait assurés sans interruption depuis cette date.!

La caisse-maladie rappelle que la question de l'affiliation des époux a été tranchée maintes fois, tant par le TCAS que par le Tribunal fédéral. Elle conclut dès lors au rejet du recours. Elle demande à ce que les émoluments de justice et les frais de procédure soient mis à la charge du recourant et à ce que celui-ci soit condamné au paiement d'une amende disciplinaire pour procédé abusif. 13. Ce courrier a été transmis à l'intéressé et la cause gardée à juger.!

EN DROIT 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 1<sup>er</sup> 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.!

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

4. L'intéressé conteste, une fois de plus, que son épouse et lui-même soient affiliés auprès de la caisse-maladie, dès lors qu'ils n'ont pas reçu les conditions générales, ni signé de contrat d'adhésion. Cette question a toutefois été tranchée à plusieurs reprises et acquis de longue date la force de chose jugée, de sorte que la chambre de céans ne saurait y revenir. L'intéressé ne fait rien valoir de nouveau en persistant dans son refus de s'acquitter des primes d'assurance dues.!

5. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle 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 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 28 juin 1995 – OAMal ; cf. chiffre 14.1 des conditions générales d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins - CGA d'ASSURA).!

Les assureurs doivent valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré – paiement des primes selon les art. 61ss LAMal et des participations financières selon l'art. 64 LAMal, de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations – par la voie de l'exécution forcée selon la loi sur les poursuites (LP) ou par celle de la compensation (art. 90 al. 3 OAMal). Les décisions et les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (art. 88 al. 2 LAMal, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, art. 54 al. 2 LPGA dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 ; ATF 126 V 268 ss consid. 4a et les références). Dans ce cas, les frais administratifs sont mis à la charge de la personne

assurée, soit dans le cas d'espèce CHF 5.- pour les frais de rappel et CHF 25.- pour l'établissement de la mise en demeure (chiffre 17.1 CGA). En effet, selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 276 , not. 277 consid. 2c/cc ; RAMA 2001 No KV 151 p. 117). 6. Il résulte des pièces du dossier que l'intéressé n'a pas payé les primes du 1 er janvier au 30 juin 2015, malgré les rappels et mises en demeure de la caisse-maladie. Il a indiqué dans son recours que lui et son épouse étaient assurés depuis 1977 auprès d'une caisse-maladie, sans toutefois en apporter la preuve, ni même préciser de quelle caisse il s'agit. Il n'est dès lors pas possible d'en tenir compte. 7. La chambre de céans constate que la procédure de recouvrement a été rigoureusement respectée par la caisse-maladie et que l'intéressé et son épouse restent lui devoir la somme de CHF 4'750.80, plus les frais de poursuite. S'agissant des intérêts, ils s'élèvent pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA à 5% l'an (art. 90 al. 2 OAMal). Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (cf. art. 15 al. 1 CGA d'ASSURA). En l'occurrence, elles sont payables le 1 er de chaque mois et portent intérêt dès cette date. Il y a lieu de retenir la durée moyenne pour laquelle les cotisations sont dues et de calculer les intérêts moratoires dès le 1 er avril 2015. 8. Le recours est ainsi manifestement infondé. 9. La procédure est gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA). Toutefois, des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En effet, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, la possibilité de limiter la gratuité en cas de recours ou interjeté à la légère est un principe général de procédure prévue pour toutes les branches des assurances sociales (ATF 126 V 151 consid. 4b). Selon la jurisprudence, un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité (ATF 124 V 285 , Pratique VSI 1998 p. 194). Il faut qu'un élément – critiquable – s'ajoute subjectivement parlant : la partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chances de succès. En l'espèce, le recours présente sans aucun doute un caractère de témérité, dans la mesure où les arguments par lesquels l'intéressé s'oppose au paiement des primes d'assurance-maladie sont les mêmes que ceux invoqués précédemment devant le TCAS et devant le Tribunal fédéral. Or, il a été entièrement débouté et la situation juridique lui a été largement exposée. Il y a lieu d'observer que le TCAS a renoncé à condamner l'intéressé et son épouse au paiement d'un émolument dans quatre arrêts rendus les 19 et 26 octobre et 2 novembre 2005 (respectivement ATAS/907/2005 , ATAS/908/2005 , ATAS/937/2005 et ATAS/964/2005 ), en attirant leur attention sur le fait qu'ils pourront à l'avenir être condamnés, conformément à l'art. 89H al. 1 LPA, à un émolument et aux débours s'ils persistent à recourir devant le tribunal dans des affaires semblables et pour les mêmes motifs. Depuis lors, ils ont été condamnés trois fois à des émoluments toujours plus élevés, dans les arrêts des 7 février, 21 mars et 14 novembre 2006 (respectivement ATAS/114/2006 , ATAS/282/2006 et ATAS/992/2006 ). Nonobstant cela, l'intéressé saisit à nouveau la juridiction pour les mêmes motifs. 10. L'émolument est de CHF 10'000.- maximum, selon l'art. 2 al. 1 de l'arrêté du Conseil d'Etat rendu en la matière (E 5 10.03). Un émolument sera dès lors prévu, mais limité à CHF 1'000.-, compte tenu de la date relativement éloignée à laquelle le dernier arrêt, celui du 14 novembre 2006, a été rendu. PAR CES

MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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