

GE_GERICHTE A/1147/2017 vom 24. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1147_2017

FR: GE_GERICHTE A/1147/2017 du 24 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/1147/2017 del 24 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à THÔNEX recourante contre GROUPE MUTUEL*, sis rue des Cèdres 5, MARTIGNY *MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA Rectification d'une erreur matérielle le 22.11.2017/WAD/WMH intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'intéressée ou la recourante) a été mariée à Monsieur B_____. Une fille, C_____, est née de cette union en 2004. ![endif]>![if> 2. Selon l'extrait du registre de la population Calvin, le divorce de la recourante et de son époux a été prononcé à Saint-Petersbourg le 10 juin 2014.![endif]>![if> 3. Dans un arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016) rendu dans la cause A/1370/2016 opposant l'intéressée au Groupe Mutuel * MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assureur-maladie ou l'intimé), la chambre de céans a statué sur l'obligation de l'intéressée de s'acquitter de ses primes et participations aux coûts relevant de l'assurance-maladie à compter du 1 er février 2014, ainsi que de celles de sa fille pour les mois d'août à décembre 2015. Les éléments suivants ressortent notamment de l'état de fait de ce jugement. ![endif]>![if> a) L'intéressée et sa fille ont été affiliées pour l'assurance obligatoire des soins auprès de l'assureur-maladie par le biais d'un contrat collectif conclu par l'employeur de son époux et père. Dit contrat prévoyait notamment le paiement par ce dernier des primes de l'intéressée par prélèvement des montants correspondants sur son salaire. ![endif]>![if> b) Par courrier du 10 février 2014, l'assureur-maladie a informé l'intéressée de sa sortie du contrat collectif au 31 janvier 2014 en raison de son divorce. Elle avait la possibilité de maintenir son affiliation à titre individuel. À cet effet, il a établi un nouveau certificat d'assurance portant sur l'assurance obligatoire des soins. Sans nouvelles de la part de l'intéressée dans les quatre semaines, ledit certificat serait considéré comme accepté. ![endif]>![if> c) Par courrier du 17 février 2014 à l'assureur-maladie, l'intéressée a affirmé qu'elle n'était officiellement ni séparée ni divorcée, et qu'elle devait ainsi pouvoir continuer à bénéficier du contrat collectif. Elle a souligné que l'assureur-maladie ne devait pas prendre de décision l'affectant sans son accord. ![endif]>![if> d) Le 30 juin 2014, l'assureur-maladie a avisé l'intéressée de la sortie de sa fille du contrat d'assurance collectif au 30 juin 2014 en raison de la résiliation du contrat de travail de son père. C_____ était transférée en couverture individuelle avec effet au 1 er juillet 2014. L'assureur-maladie a émis un nouveau certificat d'assurance pour C_____. Sans nouvelles de la part de l'intéressée dans les quatre semaines, ledit certificat serait considéré comme accepté.![endif]>![if> e) Sur réquisitions de l'assureur-maladie, plusieurs commandements de payer ont été notifiés à l'intéressée, portant notamment sur les primes d'assurance-maladie dues de février 2014 à août 2015, la prime due pour sa fille pour août 2015 et les participations pour 2014. L'intéressée s'y est opposée. ![endif]>![if> f) Par courrier du 1 er septembre 2014, l'intéressée a indiqué que c'est son époux et l'employeur de celui-ci qui avaient signé le contrat d'assurance, et qu'elle ne s'était jamais engagée à

payer la prime. Elle a ainsi prié l'assureur-maladie de cesser de lui envoyer des factures.

g) Par courrier du 24 octobre 2014, l'assureur-maladie a expliqué à l'intéressée que la résiliation de son contrat d'assurance ne deviendrait effective qu'à réception d'une attestation d'assurance d'un nouvel assureur, et à condition que les primes, les participations aux coûts arriérées, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites y relatifs aient été réglés.

h) Le 18 décembre 2014, l'intéressée a répété qu'elle ne paierait pas les primes, et a invité l'assureur-maladie à s'adresser à son époux et à l'employeur de celui-ci. Elle a par ailleurs annoncé qu'à partir du 1^{er} janvier 2015, sa fille et elle seraient affiliées auprès de CSS Assurance pour l'assurance obligatoire des soins.

i) Par courrier du 30 mars 2015, l'assureur-maladie a fait savoir à CSS Assurance que l'intéressée ne pouvait changer d'assureur en raison du non-paiement des primes et participations aux coûts arriérées. Par conséquent, l'assureur-maladie maintenait la couverture d'assurance obligatoire des soins.

j) Par décision du 25 novembre 2015 établie à la demande de l'intéressée et confirmée sur opposition le 23 mars 2016, l'assureur-maladie a relevé que selon le contrat collectif conclu par l'employeur de l'époux de l'intéressée, les membres de la famille étaient assurables pour autant qu'il y ait ménage commun. L'intéressée ne faisant plus ménage commun avec son époux déjà avant février 2014, c'était au plus tard à cette date que la solidarité avait cessé, de sorte qu'elle était débitrice de ses primes et participations arriérées.

La chambre de céans a rejeté le recours de l'intéressée. Elle a constaté que cette dernière était débitrice de ses primes personnelles et des participations réclamées depuis le 1^{er} février 2014, y compris celles de sa fille ayant trait à 2013 et 2014, ainsi que des primes de celle-ci d'août à décembre 2015. En substance, elle a reconnu aux parties un intérêt digne de protection à obtenir un jugement constatatoire, dès lors que l'assureur-maladie n'avait pas prononcé la mainlevée des oppositions aux poursuites portant sur les primes d'assurance-maladie de juillet 2014 à décembre 2015 et les participations aux coûts, afin d'éviter de nombreuses procédures parallèles, et que le sort de la cause A/1370/2016 aurait une issue déterminante sur la question du paiement des primes litigieuses. Sur le fond, elle a constaté que l'intéressée et sa fille étaient soumises à l'assurance obligatoire et qu'elles étaient affiliées auprès de l'assureur-maladie à titre individuel depuis le 1^{er} février 2014 et le 1^{er} juillet 2014 respectivement, étant précisé qu'un changement d'assureur ne pouvait intervenir tant que l'intégralité des montants dus n'était pas réglée. S'agissant du paiement des primes et des participations, l'argument de l'intéressée, selon lequel son époux devait s'en acquitter, était dénué de fondement. En outre, l'intéressée n'aurait pu se départir de sa responsabilité en cas de non-paiement des primes par son époux même s'ils avaient encore été mariés. C'était à juste titre que l'assureur-maladie avait adressé les factures de primes et participations à l'intéressée dès qu'il avait pris connaissance de son divorce. En ce qui concernait les primes dues pour C_____ d'août à décembre 2015 et les participations aux coûts de cette dernière, l'intéressée en était également la débitrice dès lors que l'assureur-maladie pouvait choisir le débiteur solidaire – soit l'un des deux parents – auquel il demandait le paiement de ces montants.

4. En date du 28 mars 2017, l'intéressée a adressé à la chambre de céans un courrier à la teneur suivante : « [...] Recours contre: regroupement for 2015, 2016 et 2017 pour ma fille C_____ sans mon d'accord n° de client 1_____. Je demander Group Mutuel depuis plusieurs de mois (36 mois, du 13 Février, 2014) m'envoyer une copie du contrat signée par moi-même. Etant donné que je suis habité à Genève avec ma fille. J'ai déjà envoyée a Group Mutuel Décision de Tribunal de Geneva (en annexé). Group Mutuel demander moi signée un regroupe avec

peson inconnu E _____ de la lettre, 12 2015 (en annexe). Il ressort de lettre le dégroupement peut faire uniquement avec le consentement de la personne concernée. Je vous informe que je n'ai demandé dégroupement de 11 janvier 2017 et Group Mutuel m'envoyer la copie de celle-ci (en annexe). Je rappelle que Group Mutuel dégroupement sans mon consentement (je n'ai jamais rien signé à ce sujet et ça juridiquement inadmissible que je habite à Genève et Group Mutuel demander moi signée un regroupement familial avec peson inconnu, je jamais signée et Group Mutuel fais un contracté- regroupement pour ma fille sans mon d'accord. Group Mutuel pendant dernière années demander moi que devoirs payer les primes et prestation pour le contrat que je n'ai signée mais remboursement des prestations étaient versés sur le compte de mon — mari (avec qui je suis en train de divorce et qui habite en Afrique du Sud (juridiquement inadmissible) comme atteste tous les copies de vos remboursements à compte de Monsieur B _____. Maintenant car je reçu prestation pour ma fille pour 4350.50 CHF pour payée, Facture de physiothérapie et liste de prestation médicale remboursées (en annexe) assurance maladie de ma fille C _____ et moi, n° de client 1 _____ avec de nom de Monsieur B _____ pour les paiements (juridiquement inadmissible) qui Group Mutuel m'avez imposé sans me consulter et sans mon d'accord (voir la copie ci-joint de lettre May, 18 2015) Cette situation est insupportable, je vous prie de bien vouloir entreprendre les démarches nécessaires. Je demande Group Mutuel instamment contacter Monsieur B _____ et lui demander de payer tous les factures impayées, ainsi que le et la facture de Group Mutuel. Group Mutuel besoins envoyée les factures à Monsieur B _____ qui signée les contractés comme interpellé et reçu tous le remboursement. J'ai jamais reçu un copy de contact et jamais signe pour regrouper ma fille. Je demande rapidement confirmer que ma fille C _____ résilier un contact avec group Mutuel. Pourquoi les frais médicaux pour enfant à mon charge 100% ? Contrat que je n'ai jamais signé pour regroupement ma fille et moi. Je demande Group Mutuel faire un résiliation de contracté de ma fille depuis 30.06.2017 et concerne tous les dettes à transmettre à Monsieur B _____, qui signée les contractés comme preneur et mettre le compte bancaire pour faire débit direct et reçu tout remboursement. Je ne suis pas satisfaite de service de Group Mutuel qui n'étaient pas à mon écoute le pisse quitter définitivement caisse d'assurance Mutuel ». 5. Par courrier du 31 mars 2017, la chambre de céans a invité la requérante à produire la décision contre laquelle elle entendait recourir. 6. Le 10 avril 2017, la requérante a précisé à la chambre de céans que l'intimé n'avait pas rendu de décision concernant le contrat d'assurance-maladie de sa fille C _____, et qu'il refusait de le faire. L'intimé exigeait également que la requérante paie les participations aux soins de C _____ et les primes de cette dernière, soit un total de CHF 4'350.-. Elle avait ainsi un intérêt juridique à faire constater sur quelle base l'intimé lui demandait le paiement de ces montants, dont elle n'était pas débitrice dès lors qu'elle n'avait signé aucun contrat, et subsidiairement, à faire constater la résiliation du contrat de sa fille au 30 juin 2017. 7. Par courrier du 31 mai 2017, la requérante a indiqué à la chambre de céans qu'un montant de CHF 7'868.- lui était réclamé par un organisme de recouvrement, alors que l'intimé aurait dû le prendre en charge. Elle s'est plainte du traitement de son dossier, se disant persécutée par l'intimé. Elle a notamment joint les pièces suivantes à son envoi : a) courrier du 11 janvier 2017 de l'intimé, précisant qu'une déclaration de consentement signée par elle-même et son époux était nécessaire pour la demande de dégroupement des contrats d'assurance-maladie. b) rappel du 10 avril 2017 de l'intimé lui impartissant un délai au 20 avril 2017 pour lui remettre une copie du certificat du nouvel assureur de sa fille pour 2017, à réception duquel il confirmerait la résiliation de son contrat d'assurance au 31 décembre

2016, ce qui éviterait de nouvelles poursuites et le maintien de la couverture d'assurance de sa fille. c) courrier du 22 mai 2017 d'un organisme de recouvrement portant sur des factures liées à des soins prodigués par la Clinique des Grangettes et s'élevant à CHF 7'868.-. d) confirmation du 24 mai 2017 par l'intimé de la résiliation du contrat d'assurance de C_____ au 30 juin 2017, sous réserve du paiement des primes et des participations dues. 8. Dans sa réponse du 9 juin 2017, l'intimé a conclu, sous suite de dépens, à l'irrecevabilité du recours, et subsidiairement à son rejet. Il s'est référé au jugement du 25 octobre 2016. Il a précisé que C_____ était assurée par ses soins depuis le 1^{er} janvier 2011, tout d'abord dans le cadre du contrat collectif conclu par l'employeur de son père, puis à titre individuel. Par courriers des 31 octobre et 29 novembre 2016, la recourante avait requis la résiliation de l'assurance de C_____. Il a rappelé que la voie du recours supposait qu'une décision ait été rendue. Tel n'était pas le cas en l'espèce, et la recourante n'avait pas requis de l'intimé qu'il statue sur un point précis. Par ailleurs, conformément au jugement rendu le 25 octobre 2016, C_____ était bien affiliée auprès de l'intimé. La recourante ne saurait contester devoir payer les primes et participations pour sa fille. Ce n'était qu'à réception du solde dû à ce titre par la recourante, soit CHF 1'050.-, que le changement d'assurance de sa fille pourrait intervenir. Quant au grief portant sur les remboursements à l'ex-mari de la recourante, il ne résistait pas à l'examen dès lors que les remboursements étaient opérés par chèques adressés à cette dernière. 9. L'intimé s'est déterminé sur le courrier de la recourante du 31 mai 2017 dans son écriture du 22 juin 2017. Il a souligné s'agissant du montant de CHF 7'868.- réclamé à l'intéressée par la Clinique des Grangettes que plusieurs de ces factures avaient été remboursées selon le système du tiers garant, sous déduction de la franchise et de la participation, sur le compte indiqué à l'époque par la recourante et son mari. La dernière facture, d'un montant de CHF 605.70, avait été remboursée à la recourante par chèque. Les autres factures avaient été remboursées selon le système du tiers soldant, suite à la cession de créance signée par la recourante, soit selon les modalités souhaitées par cette dernière. Ce système consistait à rembourser l'établissement en lieu et place de l'assuré, après signature d'une cession de créance par ce dernier, en déduisant la franchise et la quote-part. Cela expliquait pourquoi aucun montant n'avait été payé à la Clinique des Grangettes pour certaines factures. Une fois la franchise entière déduite, les factures étaient remboursées sous déduction de la participation. La Clinique des Grangettes devait ensuite demander le remboursement du solde de la facture à la recourante. Le problème semblait résulter d'une incompréhension de la recourante, ou d'une erreur de la part de l'organisme de recouvrement dans les montants. Pour le surplus, l'intimé a rappelé la teneur de l'arrêt rendu le 25 octobre 2016. La résiliation de l'assurance de la fille de la recourante n'avait pu se faire au 31 décembre 2016 en raison des montants encore dus à cette date. Une nouvelle tentative de résiliation était en cours pour le 30 juin 2017, mais elle impliquait que la recourante s'acquitte des montants dus. 10. Par écriture du 26 juillet 2017, la recourante a fait état de la souffrance induite par la procédure qui l'opposait à l'intimé. Elle considérait que cette procédure relevait d'un « véritable mobbing » à son encontre. Elle est revenue sur les conditions de son affiliation. L'intimé demandait des documents officiels pour pouvoir changer le débiteur des primes, alors qu'il l'avait désignée débitrice solidaire des primes malgré l'absence de ces documents. Elle s'est plainte des procédés de l'intimé, qui accédait aux demandes de son ex-conjoint, mais ne traitait pas les siennes. Elle a joint plusieurs pièces à son écriture, dont des correspondances de l'intimé et une décision de la chambre de surveillance de la Cour de

justice du 19 mars 2015 rejetant les recours interjetés par son époux à l'encontre des décisions du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant des 30 octobre et 25 novembre 2014. 11. Le 30 août 2017, la recourante a adressé le courrier suivant à la chambre de céans dont la teneur est la suivante : [endif]>![if> « Chère Monsieur, J'ai vous demander suspendre la poursuite N 2_____ Group Mutuel confirme que joignons à mon dossier et attendons la décision officielle by Chambre des assurances sociale qui sera rendu dans le courrier le 9 Aout 2017 et 18 Aout 2017 Group Mutuel continue la poursuite pour la même période. Group Mutuel jamais envoyée contre ordre de saisie à Mme. D_____ contrairement à ma demande. [...] » 12. Le 31 août 2017, l'intimé s'est déterminé sur l'écriture de la recourante du 26 juillet 2017, soulignant qu'il était erroné de prétendre qu'il avait désigné la recourante comme débitrice solidaire, puisqu'elle l'était de par la loi.![endif]>![if> 13. Dans un courrier spontané du 29 septembre 2017, la recourante est notamment revenue sur les circonstances de son affiliation, et a répété son refus d'être débitrice solidaire d'un contrat qu'elle n'avait pas voulu. ![endif]>![if> 14. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé le 12 octobre 2017 par la chambre de céans.![endif]>![if> 15. A la même date, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> 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 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est applicable au cas d'espèce.![endif]>![if> 3. Il convient en premier lieu d'examiner la recevabilité de la requête.![endif]>![if> a) Selon l'art. 49 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 (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). 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). En d'autres termes, 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 (en principe sur opposition). Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si 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, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1). Lorsqu'aucune décision n'a été rendue, le recours est irrecevable (ATF 131 V 202 consid. 2.1) b) À teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le droit de recours en vertu de cette disposition sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst - RS 101) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_687/2008 du 12 mars 2009 consid. 3.1). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que

toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1). 4. En l'espèce, force est de constater que les points que la recourante entend déférer devant la chambre de céans n'ont pas fait l'objet d'une décision ouvrant la voie du recours. Celle-ci ne fait en outre pas valoir qu'elle aurait invité l'intimé à statuer sur ces griefs et que l'absence de décision est constitutive d'un déni de justice. Conformément à la jurisprudence précitée, son recours doit ainsi être déclaré irrecevable. En tant que les récriminations de la recourante ont trait au remboursement de prestations de soins ou aux montants qu'elle doit à titre de participation, en particulier en lien avec les factures émises par la Clinique des Grangettes, il lui appartiendra de requérir de l'intimé une décision sujette à opposition puis à recours si les explications fournies par ce dernier dans le cadre de la présente procédure ne la satisfont pas. 5. Au vu des circonstances, il convient en outre de souligner qu'en tant qu'un des griefs de la recourante porte sur l'affiliation de sa fille nonobstant l'absence alléguée d'accord de sa part, la chambre de céans a déjà tranché cette question en confirmant l'affiliation. Elle a également statué sur l'obligation, dans son principe, de la recourante de prendre en charge à titre de débitrice solidaire les primes et les frais de participation aux coûts des soins dispensés à sa fille. Son arrêt du 25 octobre 2016 est entré en force. Or, il y a chose jugée lorsque la prétention litigieuse a déjà fait l'objet d'une décision passée en force. C'est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur les mêmes faits (ATF 119 II 89 consid. 2a). En principe, seul le jugement au fond jouit de l'autorité de la chose jugée. Cela suppose que le premier tribunal saisi ait dit le droit sur la base des allégations de fait des parties, c'est-à-dire qu'il ait jugé du fondement matériel de leurs prétentions (arrêt du Tribunal fédéral 4C.21/2002 du 4 avril 2002 consid. 3). Le principe de l'autorité de chose jugée a pour corollaire que les points tranchés sur recours ou par une juridiction ne peuvent être revus, en ce qui concerne les mêmes parties, les mêmes faits et les mêmes conclusions que si des motifs de révision existent (Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n° 869 p. 296). Par conséquent, l'intimé ne peut – sauf dans l'hypothèse d'une révision – rendre une nouvelle décision sujette à recours s'agissant des points qui ont fait l'objet de l'arrêt de la chambre de céans du 25 octobre 2016, qui revêtent l'autorité de chose jugée. On soulignera d'ailleurs que cet arrêt a exposé en détail les bases légales fondant l'affiliation et l'obligation de la recourante de s'acquitter des primes et participations dues pour sa fille. La recourante ne peut ainsi pas être suivie lorsqu'elle affirme avoir un intérêt à faire constater les fondements de l'affiliation et du paiement des montants qu'elle doit. 6. Le recours est irrecevable. 7. L'intimé n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Si la procédure est en principe gratuite, l'art. 61 let. a 2^{ème} phrase LPGa prévoit que 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. Le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement l'attitude de la partie dans la procédure judiciaire mais également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285 consid. 4b relatif à des cotisations de prévoyance professionnelle). En l'espèce, compte tenu des circonstances, la chambre de céans attire l'attention de la recourante sur le fait qu'en cas de nouveau recours portant sur les points déjà jugés dans l'arrêt d'octobre 2016, des dépens pourront être mis à sa charge. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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