

## **GE\_GERICHTE A/1370/2016 vom 25. Oktober 2016**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1370\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1370_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1370/2016 du 25 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1370/2016 del 25 ottobre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS recourante contre MUTUEL ASSURANCE-MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, Martigny intimée EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1970, de nationalité russe, au bénéfice d'un permis B, et sa fille B\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 2004, ont été affiliées à MUTUEL ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après: l'assureur-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins, ainsi que pour une assurance complémentaire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, par le biais d'un contrat collectif (n°1\_\_\_\_\_) souscrit par C\_\_\_\_\_ SA, l'employeur de son époux (ci-après : l'employeur). [endif]>[if> Aux termes de l'art. 3 de la convention-cadre d'assurances complémentaires conclue entre l'assureur-maladie et l'employeur, ce dernier pouvait conclure une telle convention pour ses employés et pour les membres de leur famille, soit le conjoint, les personnes faisant ménage commun avec l'employé et les enfants jusqu'à 25 ans, voire plus en cas d'études. Les rapports entre les assurés et l'assureur-maladie étaient notamment régis par les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA – RS 221.229.1), étant précisé que les assurances complémentaires visées par la convention-cadre incluaient, entre autres, l'assurance maladie complémentaire. Faisait partie intégrante de cette convention-cadre une convention d'affacturage autorisant l'employeur à gérer le prélèvement des primes auprès des assurés et à les verser à l'assureur-maladie. Sur cette base, les primes de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que les primes des assurances complémentaires de l'assurée et de sa fille étaient payées par l'employeur par prélèvement sur le salaire de l'époux. En 2013, la prime mensuelle relative à l'assurance obligatoire des soins de l'assurée s'élevait à CHF 315.85, avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-. L'assurance complémentaire, quant à elle, était de CHF 140.-. Le total facturé au preneur d'assurance collective se montait ainsi à CHF 455.85. 2. Par courrier du 10 février 2014, l'assureur-maladie a informé l'assurée de sa sortie du contrat collectif au 31 janvier 2014, suite au divorce des époux – prononcé par un tribunal russe –, et de la possibilité de maintenir son affiliation à titre individuel. [endif]>[if> À cet effet, un nouveau certificat d'assurance a été établi portant sur l'assurance obligatoire des soins, dont la prime mensuelle s'élevait à CHF 362.35, avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-, et sur l'assurance complémentaire, dont la prime mensuelle était de CHF 284.50. Sans nouvelles de la part de l'assurée dans les quatre semaines, ledit certificat était considéré comme accepté. En outre, l'assureur-maladie a attiré l'attention de l'assurée sur le fait qu'elle pouvait modifier ou résilier son assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2014, et son assurance complémentaire avec effet au 31 janvier 2014. 3. Par courrier du 17 février 2014, l'assurée a fait savoir à l'assureur-maladie 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. 4. Par courrier du 6 mai 2014, l'assurée a demandé à l'assureur-maladie d'adresser les factures de ses primes personnelles à son époux pour paiement. 5. Par courriers du 22 mai 2014 et du 5 juin 2014, l'assureur-maladie a répondu que la facturation au nom de l'époux nécessitait l'accord des deux conjoints. 6. Par courrier du 30 juin 2014, l'assureur-maladie a avisé l'assurée de la modification du contrat d'assurance de sa fille au 30 juin 2014 en raison de la sortie de celle-ci du contrat collectif, suite à la résiliation du contrat de travail du père. La fille était transférée en couverture individuelle avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2014. Selon la fiche de mutation du 23 juin 2014, les factures de primes devaient être envoyées au domicile du père au Grand-Lancy. L'assureur-maladie a émis un nouveau certificat d'assurance 2014 faisant état d'une prime mensuelle de CHF 107.65 pour l'assurance obligatoire des soins et d'une prime mensuelle de CHF 105.50 pour l'assurance complémentaire. Sans nouvelles de la part de l'assurée dans les quatre semaines, ledit certificat était considéré comme accepté. 7. Par un courrier, non daté, l'assurée s'est interrogée sur les raisons de la sortie de sa fille du contrat collectif, mettant en exergue qu'il incombait au preneur d'assurance de payer les primes. 8. L'assurée ne s'est pas acquittée de ses primes personnelles ni des participations aux coûts, de sorte que l'assureur-maladie lui a envoyé divers rappels et sommations, avant d'engager des poursuites à son encontre, étant précisé que les primes relevant de l'assurance complémentaire ont été annulées (cf. facture rectificative du 11 novembre 2014 et décision de mainlevée du 22 décembre 2014). Les primes de la fille étaient, quant à elles, entièrement payées par prélèvement bancaire direct (LSV) par le père (cf. courrier de l'assureur-maladie du 27 mai 2015). 9. Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2014, l'assurée a indiqué que son époux et l'employeur de celui-ci avaient signé le contrat d'assurance, et qu'elle n'avait jamais accepté de payer une prime mensuelle de CHF 646.85. Elle a ainsi prié l'assureur-maladie de cesser de lui envoyer des factures. 10. Par courrier du 24 octobre 2014, l'assureur-maladie lui a signalé que la résiliation de son contrat d'assurance ne deviendrait effective que dès 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. 11. Par courrier du 18 décembre 2014, l'assurée 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. Elle a par ailleurs annoncé qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, elle et sa fille seraient affiliées auprès de CSS Assurance pour l'assurance obligatoire des soins. 12. Par courrier du 30 mars 2015, l'assureur-maladie a écrit au nouvel assureur que l'assurée ne pouvait changer d'assureur en raison du non-paiement des primes et participations aux coûts arriérées. Par conséquent, elle maintenait la couverture d'assurance obligatoire des soins. 13. Par courrier du 4 septembre 2015, sous la plume de son conseil, l'assurée a affirmé que la procédure de divorce n'était pas achevée en Russie, et qu'étant donc toujours mariée, elle restait affiliée à l'assurance collective. Le ménage commun n'était du reste pas une condition pour pouvoir en bénéficier, puisque les époux ne faisaient plus ménage commun depuis 2010. 14. Par courrier du 2 octobre 2015, l'assureur-maladie a déclaré que le dossier de l'assurée avait été transmis à sa direction pour avis et prise de position concernant l'interprétation faite de la convention-cadre. 15. Par courrier du 20 octobre 2015, sous la plume de son conseil, l'assurée a enjoint l'assureur-maladie de rendre une décision formelle. 16. Par décision du 25

novembre 2015, l'assureur-maladie a relevé que, selon la convention-cadre, étaient assurables les membres de la famille pour autant qu'ils fissent ménage commun. Cette règle était compatible avec le principe selon lequel la solidarité entre époux n'existait plus dès que leur vie commune prenait fin. L'assurée 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. [endif]>[if> 17. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a formé opposition le 22 décembre 2015. Elle a prétendu qu'elle avait formé recours contre les décisions du tribunal russe prononçant son divorce. Il n'existait ainsi, selon elle, aucun jugement en force attestant la dissolution de son mariage. Partant, l'assureur-maladie devait annuler son transfert en assurance individuelle, ainsi que les factures de primes réclamées sur cette base. [endif]>[if> 18. Par décision du 23 mars 2016, l'assureur-maladie a rejeté l'opposition. Après avoir exposé les dispositions applicables concernant la procédure à suivre en cas de poursuites relatives au non-paiement des primes et des participations aux coûts, il a répété que, pour les motifs exposés dans sa décision précédente, l'assurée était débitrice de ses primes et participations relevant de l'assurance obligatoire des soins. En outre, le contrat collectif, qui concernait les assurances complémentaires, ne modifiait pas les dispositions d'application de l'assurance obligatoire des soins. [endif]>[if> 19. Par acte du 3 mai 2016, l'assurée a interjeté recours, en concluant, préalablement, à la production par l'assureur-maladie de la convention-cadre, contresignée, et principalement, à l'annulation de la décision précitée, sous suite de frais et dépens. Cela fait, elle a conclu à ce que la chambre de céans dise qu'elle faisait toujours partie du cercle des bénéficiaires de la convention-cadre, et qu'en conséquence, elle n'était pas débitrice des primes et participations aux coûts réclamées. Elle a repris son argumentation développée à l'appui de son opposition, et sollicitait son audition, ainsi que la production de pièces complémentaires. En outre, en application du principe de la relativité des contrats, elle faisait valoir que son époux, en tant qu'il n'était pas une partie contractante à la convention-cadre, ne pouvait demander ni à l'employeur ni à l'assureur-maladie qu'elle fût écartée du cercle des bénéficiaires. Toujours en application du même principe, l'assureur-maladie ne pouvait lui imposer des conditions contractuelles négociées avec l'employeur qu'elle n'avait pas signées. Enfin, elle devait pouvoir librement choisir son assureur en fonction de la franchise et de la prime mensuelle proposées, ce qui n'avait pas été le cas selon elle. [endif]>[if> 20. Dans sa réponse du 22 juin 2016, l'assureur-maladie a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Après avoir rappelé que toute personne domiciliée en Suisse devait obligatoirement s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, il a répété ses arguments exposés à l'appui de la décision querellée, et a souligné que la recourante était responsable du paiement des primes et participations la concernant depuis le 1<sup>er</sup> février 2014, ainsi que de celles de sa fille pour les mois d'août à décembre 2015. Il s'est fondé sur une jurisprudence, aux termes de laquelle l'assurance collective, au sens de l'ancienne loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui permettait aux assurés concernés de bénéficier de primes avantageuses, n'existait plus dans l'actuel régime de l'assurance obligatoire, régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), de sorte que la convention-cadre visait uniquement les assurances complémentaires. [endif]>[if> Dans sa réponse, l'assureur-maladie a notamment produit les pièces suivantes : - le certificat de dissolution de mariage du 10 juillet 2014 confirmant le divorce, prononcé en appel le 10 juin 2014 ; [endif]>[if> - un commandement de payer, poursuite n° 2\_\_\_\_\_, portant sur le paiement des primes LAMal et LCA dues de février à juin 2014,

ainsi que des participations 2014, pour un montant global de CHF 3'430.45, plus intérêts à 5% dès le 8 septembre 2014, CHF 150.- de frais de sommation et CHF 120.- de frais d'ouverture de dossier, notifié le 31 octobre 2014 à l'assurée, qui a formé opposition ;

!endif>![if> - une décision du 22 décembre 2014, prononçant la mainlevée de ladite opposition, et mentionnant que les primes LCA ayant été annulées, cette poursuite présentait dorénavant un solde de CHF 2'277.95; !endif>![if> - un courrier du 12 février 2015 informant l'assurée que, celle-ci n'ayant retiré à la Poste la décision précitée, elle allait recevoir une nouvelle décision de mainlevée; !endif>![if> - une décision datée du même jour, identique à celle du 22 décembre 2014, prononçant la mainlevée de cette opposition; !endif>![if> - une décision de l'office des poursuites du canton de Genève du 13 juillet 2015, autorisant une saisie de salaire de l'assurée du 14 août 2015 au 14 octobre 2016 à hauteur de CHF 1'600.- ; !endif>![if> - un relevé de compte du 24 mai 2016 attestant que cette poursuite a été entièrement soldée le 15 janvier 2016 ;

!endif>![if> - un commandement de payer, poursuite n° 3\_\_\_\_\_ , portant sur le paiement des primes LAMal dues de juillet à décembre 2014, ainsi que des participations 2014, pour un montant global de CHF 2'475.35, plus intérêts à 5% dès le 6 juillet 2015, CHF 90.- de frais de sommation et CHF 120.- de frais d'ouverture de dossier, notifié le 3 août 2015 à l'assurée, qui a formé opposition ; !endif>![if> - un commandement de payer, poursuite n° 4\_\_\_\_\_ , portant sur le paiement des primes LAMal dues de janvier à avril 2015, ainsi que des participations 2014, pour un montant global de CHF 1'541.75, plus intérêts à 5% dès le 6 juillet 2015, CHF 120.- de frais de sommation et CHF 120.- de frais d'ouverture de dossier, notifié le 3 août 2015 à l'assurée, qui a formé opposition ;

!endif>![if> - un commandement de payer, poursuite n° 5\_\_\_\_\_ , portant sur le paiement des primes LAMal dues de mai à juin 2015, pour un montant global de CHF 757.-, plus intérêt à 5% dès le 12 novembre 2015, ainsi que des participations 2014 pour un montant de CHF 5.95, CHF 180.- de frais administratifs et CHF 18.70 d'intérêts échus, notifié le 11 janvier 2016 à l'assurée, qui a formé opposition ; !endif>![if> - un commandement de payer, poursuite n° 6\_\_\_\_\_ , portant sur le paiement des primes LAMal dues de juillet à août 2015, ainsi que des primes LAMal de la fille pour août 2015, pour un montant global de CHF 868.80.-, plus intérêt à 5% dès le 11 janvier 2016, CHF 180.- de frais administratifs et CHF 20.90 d'intérêts échus, notifié le 3 mars 2016 à l'assurée, qui a formé opposition ; !endif>![if> - divers rappels et sommations portant sur le paiement des primes LAMal de la fille et de l'assurée de septembre à décembre 2015, ainsi que des participations 2013 et 2014 pour la fille. !endif>![if> Aucun document n'atteste l'éventuelle mainlevée des oppositions aux poursuites n° 3\_\_\_\_\_ , 4\_\_\_\_\_ , 5\_\_\_\_\_ , et 6\_\_\_\_\_ . 21. Dans sa réplique du 15 juillet 2016, la recourante a conclu à la production par l'assureur-maladie de toutes les annexes mentionnées dans la convention-cadre, ainsi que de toute documentation contractuelle que celle-ci aurait conclue avec l'employeur quant à l'assurance-maladie obligatoire, et particulièrement qu'elle fournisse des renseignements s'agissant des conséquences d'une éventuelle sortie des assurés du cercle des bénéficiaires en lien avec l'assurance obligatoire. Elle a répété les arguments relevés dans son opposition ainsi que dans son recours, mettant en évidence qu'elle n'était pas informée à l'avance du montant de la prime relative à l'année suivante. Au surplus, elle a exposé que le litige ne portait pas uniquement sur l'assurance obligatoire des soins vu que l'assureur-maladie avait exigé le paiement des primes relevant de l'assurance complémentaire, et que des poursuites avaient été engagées pour ces postes-ci. Selon elle, la personne assurée n'était pas nécessairement responsable du paiement des primes, puisqu'un

accord particulier pourrait prévoir la facturation à un tiers. Elle a, enfin, fait valoir qu'elle n'était pas redevable des primes et participations concernant sa fille, le père s'étant engagé à les payer depuis 2014. [endif]>[if> 22. Dans sa duplique du 9 août 2016, l'assureur-maladie a persisté dans ses conclusions. Il a expliqué que les contrats portant sur l'assurance obligatoire des soins, régis par la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, étaient conclus directement entre les assurés et l'assureur, de sorte qu'aucune règle concernant cette assurance ne pouvait être incluse dans la convention-cadre. Il a répété que le litige visait exclusivement l'assurance-maladie obligatoire, les assurances complémentaires ne ressortant du reste pas de la compétence de la chambre de céans. Les poursuites relatives aux primes de l'assurance complémentaire étaient uniquement mentionnées dans la réponse par souci d'exhaustivité. Il a en outre admis, qu'en cas d'accord particulier, la personne assurée pouvait ne pas être le débiteur des primes, ce qui faisait toutefois défaut en l'occurrence. Enfin, il envoyait à l'avance les certificats d'assurance relatifs au montant des primes des années suivantes. [endif]>[if> 23. Invité à se déterminer sur les motifs pour lesquels il aurait éventuellement renoncé à rendre une décision levant les oppositions formées par la recourante dans le cadre des poursuites n° 3\_\_\_\_\_, 4\_\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_, et 6\_\_\_\_\_, par courrier du 27 septembre 2016, l'assureur-maladie a répondu qu'il était judicieux d'éviter diverses procédures simultanément à la présente cause, dont l'issue aurait des conséquences sur la question du paiement des primes litigieuses. [endif]>[if> En annexe audit courrier figurait un commandement de payer, poursuite n° 7\_\_\_\_\_, portant sur le paiement des primes LAMal de la recourante et de sa fille de septembre à décembre 2015, ainsi que des participations 2013 et 2014 pour la fille, auquel la recourante a formé opposition. L'assureur-maladie a expliqué que pour les motifs évoqués ci-dessus, il n'a pas rendu une décision levant ladite opposition. 24. La chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante, et sur ce, la cause a été 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<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 LAMal. [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a. L'assureur-maladie prétend que les assurances complémentaires ne ressortent pas de la compétence de la chambre de céans. [endif]>[if> 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.

3. 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; 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.

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<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> 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]).

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 10 août 2005 et les références citées).

6. Cela dit, le litige porte uniquement sur le bien-fondé de la constatation faite par l'assureur-maladie que la recourante est débitrice de ses primes personnelles et participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins à compter du 1<sup>er</sup> février 2014, ainsi que de celles de sa fille pour les mois d'août à décembre 2015, et partant, sur son affiliation auprès de l'assureur-maladie.

7. Il convient, au préalable, d'examiner la recevabilité des conclusions principales - visant à constater que la recourante ne serait pas débitrice des primes et participations aux coûts réclamées par l'assureur-maladie –, étant relevé que la décision sur opposition, confirmant la décision initiale du 25 novembre 2015, ne consiste pas en la condamnation au paiement des prestations dues. En tant qu'elles mentionnent que la recourante en est la débitrice, au motif qu'elle ne fait plus ménage commun avec son époux, ces deux décisions sont de nature purement constatatoire.

8. a. Aux termes de 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 indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. [endif]>[if> La notion de décision correspond à celle qui fait l'objet de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), lequel a une portée générale en matière d'assurances sociales (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n. 2 ss ad art. 49; ATF 120 V 349 consid. 2b). Selon l'art. 5 al. 1 PA, sont considérées comme des décisions les mesures de l'autorité dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a), de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b), ou de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits et obligations (let. c). b. Selon la jurisprudence rendue en application de l'art. 25 al. 2 PA, une autorité ne peut rendre une décision en constatation que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations. Cette jurisprudence, déterminante pour l'interprétation de la notion d'intérêt digne d'être protégé qui figure à l'art. 49 al. 2 LPGA (ATF 130 V 391 consid. 2.4), implique que l'intérêt digne de protection requis fait notamment défaut, en règle ordinaire, lorsque la partie peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore; en ce sens, le droit d'obtenir une décision en constatation est subsidiaire à celui d'obtenir une décision en condamnation (ATF 129 V 290 consid. 2.1 et les références). En particulier, le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence et l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 122 III 279 consid. 3a; 120 II 20 consid. 3; 114 II 253 consid. 2a; 110 II 352 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 5C.246/2002 du 26 février 2003 consid. 3.1). 9. En l'occurrence, comme indiqué précédemment, la décision sur opposition, confirmant la décision initiale, est de nature constatatoire. Il en va de même s'agissant des conclusions principales de la recourante. Pour rappel, cette dernière conteste être débitrice de ses primes personnelles et des participations aux coûts, au motif qu'elle serait toujours mariée, et qu'il appartiendrait à son époux (ou à l'employeur) de s'en acquitter. [endif]>[if> Des conclusions uniquement constatatoires sont en principe irrecevables, à moins qu'un intérêt digne de protection à la constatation n'entre en ligne de compte ( ATAS/247/2016 consid. 5 et les références citées). À cet égard, on relèvera que la recourante avait la possibilité d'invoquer ses arguments – développés, pour la première fois, à l'appui de son recours - dans le cadre de la poursuite n° 2\_\_\_\_\_, portant sur le paiement des primes et participations dues de février à juin 2014, avant que ne soit prononcée la saisie de son salaire. Elle aurait pu, en effet, former opposition à la décision du 22 décembre 2014 ou à celle du 12 février 2015, prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer relatif à ladite poursuite. Or, elle n'a pas réagi. Cela dit, alors que l'assureur-maladie a adressé diverses réquisitions de poursuite portant sur le paiement des primes LAMal de juillet 2014 à décembre 2015 (n° 3\_\_\_\_\_, 4\_\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_, 6\_\_\_\_\_ et 7\_\_\_\_\_ ), il n'a pas rendu de décisions levant les oppositions que la recourante a formées auxdits commandements de payer, empêchant ainsi celle-ci de faire valoir ses arguments dans le cadre desdites procédures. L'assureur-maladie explique son choix dans le

souci d'éviter de nombreuses procédures parallèles, l'issue de la présente cause sur la question du paiement des primes litigieuses étant déterminante. Il s'ensuit que les parties disposent d'un intérêt digne de protection à la constatation afin d'éliminer une incertitude sur leurs rapports juridiques. Au vu de ce qui précède, les conclusions de nature constatatoire sont recevables. 10. Il convient, ci-après, d'analyser si la recourante est affiliée auprès de l'assureur-maladie à compter du 1<sup>er</sup> février 2014. 11. 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. 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 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). 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> février – pour éviter une interruption de sa couverture d'assurance –, ou à compter du 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> février 2014, respectivement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, étant précisé qu'un changement d'assureur ne peut intervenir tant que l'intégralité des montants dus n'est pas réglée. 13. Reste à déterminer si la recourante est débitrice de ses primes personnelles et des participations aux coûts à compter de la date susvisée. [endif]>![if> 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; 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 1<sup>er</sup> 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 16 décembre 2003 in RAMA 2004 KV 278 149 et in SVR 2004 KV n° 10 p. 33; arrêt du Tribunal fédéral K.114/03 du 22 juillet 2005 in SVR 2006 KV n° 11 p. 32). 14. En l'espèce, il n'est pas contesté que les époux ne font plus ménage commun depuis 2010. À compter de cette date, l'assureur-maladie ne pouvait en réalité plus réclamer à l'époux – solidaire jusqu'à cette date - le paiement des primes et participations de la recourante. Cela dit, on relèvera que sous l'empire de la LAMal, les contrats d'assurance-maladie «collectifs» ne sont pas interdits en tant que tels, mais ne peuvent servir qu'à transmettre au preneur d'assurance (collectif) des tâches administratives particulières afin de faciliter la gestion d'un nombre déterminé d'assurés individuels soumis aux règles et obligations de la LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_229/2011 du 30 novembre 2011 consid. 3.3 et les références citées). Il s'ensuit que le prélèvement desdites primes opéré par l'employeur sur le salaire de l'époux

– moyennant l'accord de celui-ci jusqu'à fin janvier 2014 -, afin de faciliter l'encaissement des factures de primes, est une question distincte de celle ayant trait à la qualité de débiteur, soit l'assuré lui-même, des primes d'assurance obligatoire des soins. Plus précisément, le paiement des primes - même s'il est fait par prélèvement sur le salaire de l'époux -, au plan externe vis-à-vis des tiers (l'assureur-maladie), ne libérait pas la recourante sur le plan interne (entre les conjoints), puisque le débiteur solidaire (l'époux) peut se retourner contre son codébiteur solidaire (la recourante) afin de lui réclamer le remboursement total ou partiel de la prestation payée (cf. Isabelle ROMY, Commentaire romand, n. 1 ad art. 148 CO). En particulier, dans le domaine du droit de la famille, le partage des tâches choisi par les époux (art. 163 al. 2 CC) détermine lequel d'entre eux assume la dette sur le plan interne (cf. LEUBA, op. cit. n. 31 ad art. 167 CC). Aussi, l'argument de la recourante, selon lequel son époux devrait s'acquitter de ses primes et participations, au motif qu'ils seraient toujours mariés, est dénué de tout fondement. En effet, la recourante ne se départit pas de sa responsabilité en cas de non-paiement des primes par l'époux, même fussent-ils, à en croire la recourante, toujours mariés. Ayant pris connaissance du divorce début 2014, c'est à compter du 1<sup>er</sup> février 2014 que l'assureur-maladie a envoyé les factures de primes et participations (y compris celles ayant trait à 2013), à juste titre à la recourante, qui est responsable de ses propres dettes envers les tiers. Par conséquent, la recourante est redevable du paiement de ses primes personnelles et des participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins, réclamées par l'assureur-maladie depuis le 1<sup>er</sup> février 2014. 15. La recourante conteste être débitrice des primes d'août à décembre 2015 de sa fille, et des participations aux coûts de cette dernière, au motif que le père s'était engagé à les payer depuis 2014. a. Le paiement des primes de l'enfant incombe aux parents qui pourvoient à son entretien conformément à l'art. 276 al. 1 CC (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 182 n. 337). En leur qualité de représentants légaux (art. 304 CC), les parents sont tenus selon la loi d'assurer leurs enfants pour les soins en cas de maladie (art. 3 al. 1 LAMal), en concluant, à leur nom et pour leur compte, un contrat d'assurance avec l'assureur de leur choix. Sont débiteurs à l'égard de l'assureur non seulement l'enfant mineur, en sa qualité de preneur d'assurance, mais également les parents, à titre solidaire, dès lors que les cotisations d'assurance et les participations aux coûts relèvent des besoins courants de la famille au sens de l'art. 166 CC (arrêt du Tribunal fédéral K.132/01 du 18 février 2002 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_660/2007 du 25 avril 2008 consid. 3.2 et les références citées). b. En l'occurrence, il est vrai que les primes de la fille, mineure, étaient payées par prélèvement bancaire direct par le père. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, date à compter de laquelle la fille était affiliée à titre individuel auprès de l'assureur-maladie, celui-ci n'a pas réclamé à la recourante le paiement desdites primes. Toutefois, le créancier (l'assureur-maladie) peut choisir le débiteur solidaire, soit l'un des deux parents, auprès duquel il exigera le paiement de l'obligation (cf. art. 144 al. 1 CO), de sorte que l'assureur-maladie peut exiger de la recourante (la mère) le paiement des primes de la fille relatives aux mois d'août à décembre 2015, ainsi que des participations. Il appartient ensuite à la recourante de se retourner, le cas échéant, contre le père pour lui exiger le remboursement intégral ou partiel des prestations payées. Par conséquent, la recourante est bel et bien débitrice des primes des mois d'août à décembre 2015 de sa fille et des participations aux soins de cette dernière. 16. Ainsi, le recours, en tous points mal fondés, sera rejeté. 17. L'assureur-maladie conclut à l'octroi de dépens, étant précisé que son service juridique a rédigé la réponse,

ainsi que la duplique. ![/endif]>![if> 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). 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.