

GE_GERICHTE A/1512/2013 vom 18. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1512_2013

FR: GE_GERICHTE A/1512/2013 du 18 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/1512/2013 del 18 settembre 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à GENEVE recourant contre INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, Droit & Compliance, sise Tribschenstrasse 21, LUCERNE intimée EN FAIT 1. M. C _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est affilié auprès d'INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA depuis 2005 (ci-après: la caisse) pour l'assurance-obligatoire des soins MINIMA, avec une franchise annuelle de 1'000 fr. Le montant de sa prime mensuelle s'élevait à 428 fr. 15 en 2011 et à 457 fr. 70 en 2012. 2. Primes impayées d'octobre à décembre 2011 : Après sommations infructueuses, un commandement de payer n°12 _____28M a été notifié à l'assuré le 30 avril 2012 pour le montant de 1'284 fr. 45, plus 5% d'intérêts moratoires depuis le 30 novembre 2011, ainsi que 80 fr. de frais administratifs. L'opposition formée par l'assuré le 10 mai 2012 a été levée par décision de la caisse du 22 août 2012 pour les montants précités. Les frais de poursuite de 73 fr. ont été mis à la charge de l'assuré. L'assuré a contesté cette décision le 13 septembre 2012 en la renvoyant datée et signée, après y avoir inscrit son intention d'y faire opposition, sans en exposer les motifs. Par décision du 16 avril 2013, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et prononcé la mainlevée de la poursuite n°12 _____28M. 3. Primes impayées de janvier à mars 2012 : Un commandement de payer n°12 _____49F a été notifié à l'assuré le 8 août 2012 pour le montant de 1'373 fr. 10, plus 5% d'intérêts moratoires depuis le 1 er mars 2012, ainsi que 80 fr. de frais administratifs. L'opposition formée par l'assuré le 15 août 2012 a été levée par décision de la caisse du 12 octobre 2012 pour les montants précités. Les frais de poursuite de 73 fr. ont été mis à la charge de l'assuré. L'assuré a contesté cette décision le 19 octobre 2012 en la renvoyant datée et signée, après y avoir inscrit son intention d'y faire opposition, mais sans en exposer les motifs. Par décision du 15 avril 2013, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et prononcé la mainlevée de la poursuite n°12 _____49F. 4. Le 10 mai 2013, l'assuré a recouru à l'encontre des décisions sur opposition des 15 et 16 avril 2013 auprès de la Cour de céans, causes enregistrées sous nos A/1512/2013 et A/1514/2013. Dans son acte de recours, le recourant fait valoir que la caisse a refusé de lui appliquer le système de bonus annuel alors que cette option était prévue depuis 2008. 5. Par réponses des 6 et 7 juin 2013, la caisse conclut au rejet du recours. Elle expose que le recourant est au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins "MINIMA" et que selon le règlement d'INTRAS pour la LAMal, le produit "MINIMA" n'inclut pas de bonus. De plus, le recourant n'a jamais signé une proposition concernant le produit "MINIMA Bonus". La caisse conclut, outre au déboutement de toutes les conclusions de l'assuré, à la confirmation de sa décision du 15 avril 2013, ainsi qu'à la mise à sa charge des frais de poursuite, ainsi que des frais et dépens. 6. Sur quoi, les causes ont été gardées 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; RS 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. a) Le recours dirigé contre la décision sur opposition du 15 avril 2013, portant sur les primes d'assurance-maladie impayées de janvier à mars 2012, a été enregistré sous le numéro de cause A/1512/2013, et celui interjeté contre la décision sur opposition du 16 avril 2013, concernant les primes impayées d'octobre à décembre 2011, sous le numéro de cause A/1514/2013.

Selon l'art. 70 al. 1 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. L'al. 2 de la même disposition prévoit qu'une jonction ne peut pas être ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites. Bien que les commandements de payer et les décisions portent sur des périodes différentes, la Cour de céans considère qu'elles peuvent être traitées dans une seule et même procédure, dès lors qu'elles ont toutes le même objet principal: le non-paiement des primes par le recourant. Ceci ressort également du recours de l'assuré qui a traité les différents objets dans le même document. L'économie de la procédure justifie par ailleurs de trancher le litige par un seul arrêt, de sorte que la cause A/1514/2013 est jointe à la cause A/1512/2013.

b) Pour le surplus, le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. a) Aux termes de l'art. 52 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (al. 1^{er}).

L'art. 10 al. 1^{er} de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA; RS 830.11) prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1^{er} ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5). Le droit d'être entendu étant reporté à la procédure d'opposition, les décisions sur opposition doivent être soigneusement motivées en tenant compte des objections soulevées par l'assuré (ATFA non publié du 17 juin 2005, I 3/05 consid. 3.2.1).

b) En l'espèce, la Cour de céans relève que si la décision de levée de l'opposition au commandement de payer du 12 octobre 2012 a été attaquée dans le délai prévu par la loi, l'assuré a cependant omis de motiver son opposition. Selon l'art. 10 al. 5 OPGA, l'intimé aurait dû attirer l'attention de l'assuré sur l'absence de motivation de son opposition et lui impartir un délai pour réparer ce vice. Celle-ci ne l'a pas fait, ce qui a eu pour conséquence que dans sa décision sur opposition, la caisse n'a pas pu tenir compte des objections qui étaient à la base de l'opposition. Il en résulte une violation du droit d'être entendu de l'assuré.

c) La violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 p. 285; 133 III 235 consid. 5.3 p. 250; Arrêts du Tribunal fédéral 2D_1/2013 du 1^{er} mars 2013 consid. 4.1; 8C_104/2010 du 29 septembre 2010 consid. 3; ATA/68/2013 du 6 février 2013 consid. 3).

Une réparation devant l'instance du recours est possible si celle-ci jouit du même pouvoir d'examen que l'autorité intimée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1 p. 103; 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197 s. ; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204 ; Arrêts du Tribunal fédéral 1C_572/2011 du 3 avril 2012 consid. 2.1 et références citées ; 1C_161/2010 du 21 octobre 2010 consid. 2.1 ; 8C_104/2010 du 29 septembre 2010 consid. 3.2 ; 5A_150/2010 du 20 mai 2010 consid. 4.3

; 1C_104/2010 du 29 avril 2010 consid. 2 ; ATA/197/2013 du 26 mars 2013 consid. 4). La réparation dépend cependant de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu et doit rester l'exception (ATF 126 I 68 consid. 2 p. 72 et les arrêts cités ; Arrêt du Tribunal fédéral 1C_63/2008 du 25 août 2008 consid. 2.1 ; ATA/197/2013 du 26 mars 2013 consid. 4) ; elle peut se justifier en présence d'un vice grave notamment lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197 s; 136 V 117 consid. 4.2.2.2 p. 126 s.; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204 ; ATA/321/2010 du 11 mai 2010 consid. 11). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c; ATA/126/2013 du 26 février 2013). En l'occurrence, le recourant a motivé ses oppositions dans son recours et la Cour de céans dispose du même pouvoir d'examen que l'intimé. La violation en question ne peut pas être qualifiée de grave dans la mesure où elle n'influe pas sur le sort de la procédure, et l'assuré a pu faire valoir ses arguments aussi efficacement qu'il aurait dû pouvoir le faire devant l'intimé. En conséquence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée. 5. 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 et les références citées; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347 ; voir également arrêt U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413 , in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244; 117 V 294 consid. 2a p. 295; 112 V 97 consid. 1a p. 99; 110 V 48 consid. 3c p. 51 et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36). In casu, le rapport juridique concerné est le contrat liant l'assuré à la caisse. Il ressort de l'acte de recours que les questions tranchées dans les décisions sur opposition des 15 et 16 avril 2013 ne sont plus l'objet du litige, dès lors que le recourant reconnaît devoir payer ses primes à l'exception de la somme qui en aurait été déduite s'il avait bénéficié du système de bonus. 6. 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). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (art. 105 b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 - OAMal ; RS 832.102), en vigueur depuis le 1^{er} août 2007). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (voir ATF 131 V 147).

7. Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entrée en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références). Conformément à l'art. 105 a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élèvent à 5 % par année. Au surplus, l'assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276).

8. Selon les certificats d'assurance produits par l'intimé, le recourant est au bénéfice d'une assurance-maladie de base "MINIMA" Franchise à option et ses primes s'élevaient à 428 fr. 15 en 2011 et à 457 fr. 70 en 2012. Il résulte des pièces du dossier qu'il ne s'est pas acquitté du montant des primes des mois d'octobre à décembre 2011 et de janvier à mars 2012, malgré les sommations de l'intimé. Par conséquent, l'intimé avait non seulement le droit, mais aussi le devoir de tout mettre en œuvre pour faire valoir ses prétentions, par la voie de la poursuite.

9. Le recourant objecte que l'intimée a refusé de lui appliquer le système de bonus annuel, option pourtant prévue depuis 2008. Or, les certificats d'assurance ne font nullement mention d'une souscription à l'assurance "MINIMA Bonus" pour les années 2011 et 2012, de sorte que le recourant ne peut, à l'évidence, se prévaloir d'un quelconque droit au système de bonus. Ce grief est ainsi manifestement mal fondé.

10. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (cf. art. 61 let. a LPGA et 89H LPA).

11. Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits évoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque

devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à retirer son recours (ATF 124 V 287 consid. 3b et les références citées). Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité. Il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (SVR 2004 EL n. 2 p. 5 ; ATFA non publié du 6 juin 2007, I 1026/06, consid. 7.1). La Cour de céans constate que depuis de nombreuses années, le recourant ne paye pas ses primes d'assurance-maladie, conteste les décisions de l'intimé et introduit de nombreuses procédures, en vain. En faisant opposition totale au commandement de payer alors qu'il n'a pas contesté être débiteur d'une partie de ses primes d'assurance maladie et en réclamant des réductions de primes sur la base d'un système dont il devait s'attendre ne pas pouvoir bénéficier pour n'y avoir jamais souscrit, force est de constater que le recourant, une fois de plus, a persisté dans une prétention qui n'avait aucune chance d'aboutir. L'attitude du recourant relève de la témérité, de sorte qu'il se justifie de le condamner au paiement d'un émolument au sens de l'art. 61 let. a LPG. 9. Au vu de ce qui précède, le recours, manifestement mal fondé, est rejeté. Partant, la Cour de céans prononce la mainlevée des commandements de payer et condamne le recourant à payer une participation aux frais de justice à hauteur de Fr. 500.-. !endif]>[if> 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.