

GE_GERICHTE A/3748/2018 vom 11. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3748_2018

FR: GE_GERICHTE A/3748/2018 du 11 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/3748/2018 del 11 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à THÔNEX recourante contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée), 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, par le biais d'un contrat collectif souscrit par C_____ SA, l'employeur de son époux (ci-après : l'employeur). 2. Par courrier du 10 février 2014, l'assureur-maladie a informé l'intéressée de sa sortie du contrat collectif au 31 janvier 2014, suite à son divorce - prononcé par un tribunal russe -, et de la possibilité de maintenir son affiliation à titre individuel. À cet effet, un nouveau certificat d'assurance a été établi. 3. Par courrier du 30 juin 2014, l'assureur-maladie a avisé l'intéressée 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^{er} juillet 2014. 4. 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-même 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. 5. 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 de l'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. 6. Par courrier du 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. Elle a par ailleurs annoncé qu'à partir du 1^{er} janvier 2015, elle et sa fille seraient affiliées auprès de CSS Assurance pour l'assurance obligatoire des soins. 7. Par courrier du 30 mars 2015, l'assureur-maladie a informé le nouvel assureur que l'intéressée ne pouvait changer d'assureur en raison du non-paiement des primes et participations aux coûts arriérées. Par conséquent, il maintenait la couverture d'assurance obligatoire des soins. 8. 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'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. 9. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a formé opposition le 22 décembre 2015. Elle a indiqué 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.

10. 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.

11. Par arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016), la chambre de céans a considéré que l'intéressée et sa fille demeuraient affiliées auprès de l'assureur-maladie à titre individuel depuis le 1^{er} février 2014, respectivement depuis le 1^{er} juillet 2014, étant rappelé qu'un changement d'assureur ne peut intervenir tant que l'intégralité des montants dus n'est pas réglée. Bien que l'intéressée persistait à soutenir qu'elle était toujours mariée et qu'il appartenait à son époux ou à l'employeur de celui-ci de s'acquitter des primes d'assurance-maladie, la chambre de céans a considéré que depuis 2010, date à compter de laquelle il n'est plus contesté que les époux ne font plus ménage commun, l'assureur-maladie ne pouvait plus réclamer à l'époux - solidaire jusqu'à cette date - le paiement des primes et participations de la recourante. Elle en a ainsi conclu que l'intéressée était redevable du paiement de ses primes personnelles et des participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins réclamé par l'assureur-maladie depuis le 1^{er} février 2014. Il en était de même des primes d'août à décembre 2015 de sa fille et des participations aux soins de celle-ci.

12. Par arrêt du 24 octobre 2017 (ATAS/948/2017), la chambre de céans a déclaré le recours interjeté par l'intéressée irrecevable, faute de décision rendue par l'assureur au sens de l'art. 49 LPGA. Elle a souligné qu'elle avait eu l'occasion, dans son arrêt précédent du 25 octobre 2016, de trancher plusieurs des questions soulevées par l'intéressée et a rappelé le principe de l'autorité de la chose jugée.

13. Le Tribunal fédéral a également déclaré le recours déposé par l'intéressée irrecevable, le 18 décembre 2017 (9C_828/2017).

14. Par courrier du 24 juillet 2017, l'assureur a informé l'intéressée que sa demande de résiliation pour sa fille ne pouvait être acceptée au 30 juin 2017, les primes et participations aux coûts n'ayant pas été acquittées dans leur intégralité. Il en a été de même s'agissant de l'affiliation 2018, les montants dus demeurant impayés.

15. Par décision du 29 septembre 2018, confirmée sur opposition le 17 octobre 2018, l'assureur a levé l'opposition au commandement de payer n°1 _____ M portant sur les primes d'assurance-maladie dues par l'intéressée de janvier à juin 2018, ainsi qu'à un décompte de participations 2017 pour sa fille.

16. L'intéressée a interjeté recours le 24 octobre 2018 contre ladite décision sur opposition. La cause n° A/3748/2018 a été enregistrée. L'intéressée conteste en substance la validité du contrat et sa qualité de débitrice des primes et participations de sa fille.

17. Dans sa réponse du 22 novembre 2018, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il rappelle qu'il a dû maintenir l'affiliation de la fille de l'intéressée en 2017 et en 2018, que l'intéressée est débitrice du paiement des primes pour sa fille et que les primes des mois de janvier à juin 2018, ainsi qu'un décompte de participations 2017, demeurent impayés. Constatant que l'intéressée lui reproche de procéder à des remboursements sur le compte de son ex-mari, l'assureur précise qu'en réalité les remboursements sont adressés à l'intéressée, mais que celle-ci ne veut pas recevoir cet argent, considérant qu'il est dû à son ex-mari.

18. Dans sa réplique du 18 janvier 2019, l'intéressée a conclu à ce que la décision du 23 mars 2016 « qui stipule que je suis parent solidaire pour paiements, primes et prestations pour ma fille » soit annulée.

19. Dans sa

duplique du 12 février 2019, l'assureur s'est expressément référé à sa réponse du 22 novembre 2018, relevant que l'intéressée remet en cause des points ayant déjà acquis force de chose jugée dans de précédentes procédures. 20. Ce courrier a été transmis à l'intéressée et la cause gardée à juger. 21. L'intéressée a adressé à la chambre de céans plusieurs courriers, dans lesquels elle explique sa position. 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), 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. Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, les recours sont recevables (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA).

3. Le litige porte le non-paiement des primes LAMal des mois de janvier à juin 2018, ainsi que d'une participation aux coûts 2017 concernant la fille de l'intéressée. 4. L'intéressée persiste à faire valoir qu'elle n'a signé aucun contrat avec l'assureur. Elle en conclut qu'elle n'est pas assurée auprès de celui-ci, et conteste être débitrice des primes d'assurance-maladie et des participations aux coûts concernant sa fille. Force est de constater que ces deux questions ont été tranchées par la chambre de céans dans son arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016). 5. Il y a dès lors lieu de rappeler, à nouveau, qu'un jugement a l'autorité de la chose jugée lorsqu'il est obligatoire, c'est-à-dire qu'il ne peut plus être remis en discussion ni par les parties, ni par les tribunaux (arrêt du Tribunal fédéral 5C.242/2003 du 20 février 2004 consid. 2.1). Il y a autorité de la chose jugée lorsque la prétention litigieuse est identique à celle qui a déjà fait l'objet d'un jugement passé en force (identité de l'objet du litige). Tel est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur la même cause juridique et sur les mêmes faits (ATF 125 III 241 consid. 1; ATF 123 III 16 consid. 2a; ATF 121 III 474 consid. 4a; cf. également ATF 128 III 284 consid. 3b). L'identité des prétentions s'entend au sens matériel, et non grammatical; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant, que les conclusions soient formulées de manière identique dans les deux procès. Le Tribunal fédéral a admis que, même si elle s'en écarte par son intitulé, une nouvelle conclusion aura un objet identique à celle déjà jugée, si elle était déjà contenue dans celle-ci, si elle est simplement son contraire ou si elle ne se pose qu'à titre préjudiciel, alors que, dans le premier procès, elle se posait à titre principal (ATF 123 III 16 consid. 2a; ATF 121 III 474 consid. 4a). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 116 II 738 consid. 2b et 3). On ne saurait cependant parler d'identité de l'objet du litige, lorsque l'assuré fait valoir une modification ultérieure des faits par rapport au prononcé du jugement ou lorsqu'est entrée en vigueur une modification du droit qui justifie une appréciation juridique différente de la situation (ATF 98 V 174 consid. 2). En principe, seul le jugement au fond ("Sachurteil") jouit de l'autorité de la chose jugée. Il faut donc que le juge ait examiné le fondement matériel de la prétention déduite en justice; pour déterminer si cette condition est réalisée, il y a lieu de se référer aux motifs du jugement, même si l'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'au dispositif (ATF 128 III 191 consid. 4a; ATF 125 III 8 consid. 3b; ATF 123 III 16 consid. 2a; ATF 121 III 474 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_146/2012 du 12 novembre 2012 consid. 4.1). En principe, seul le dispositif du jugement est revêtu de l'autorité de chose jugée. Toutefois, lorsque le

dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle. Ainsi, lorsque l'autorité judiciaire cantonale rend un jugement dont le dispositif prévoit que la décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle statue à nouveau dans le sens des considérants, cette dernière est liée par la motivation juridique de l'arrêt de renvoi relative à l'objet du litige (ATF 138 V 298 consid. non publié 4.2; ATF 120 V 233 consid. 1a et les références; ATF 137 I 327 consid. non publié 1.3). L'effet contraignant vaut en règle générale aussi pour l'autorité cantonale de renvoi lorsqu'elle est à nouveau saisie du litige, mais pas pour le Tribunal fédéral (ATF 138 V 298 consid. non publié 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_204/2012 du 4 avril 2012 consid. 2.3.3). Lorsque le Tribunal fédéral rend un jugement dont le dispositif prévoit que la décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle statue à nouveau dans le sens des considérants, cette dernière est liée par la motivation juridique de l'arrêt de renvoi. Sous réserve de l'admissibilité des nova - question qui relève du droit cantonal -, l'autorité cantonale ne saurait donc se fonder sur des motifs que le Tribunal fédéral a expressément ou implicitement rejetés, ni remettre en cause des points définitivement tranchés dans les considérants de l'arrêt, même si le dispositif prononce une annulation totale et que l'autorité cantonale doit statuer à nouveau sur l'ensemble (arrêt du Tribunal fédéral 9C_837/2011 du 29 juin 2012 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_407/2008 du 6 avril 2009 consid. 1.1; arrêt du Tribunal fédéral 2C_184/2007 du 4 septembre 2007 consid. 3.1). Dans son arrêt du 25 octobre 2016, la chambre de céans a jugé que l'intéressée était débitrice pour sa fille des primes d'assurance-maladie et des participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins. Elle l'est, partant, des primes des mois de janvier à juin 2018 et du décompte de participations 2017. 6. Conformément à l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (al. 1). Selon l'art. 64a LAMal, 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 ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe 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 ab initio). L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. L'art. 105b OAMal stipule que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2). 7. Selon la jurisprudence, de tels frais, s'ils sont prévus expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés, doivent être imputables à une faute de l'intéressé. Ainsi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5). Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de

l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C_870/2015 et 9C_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 ; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017). Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). 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 (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1). 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 de mainlevée entré 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. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (BGE 119 V 329 consid. 2b ; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 9. En l'espèce, la chambre de céans constate que les pièces produites établissent que les primes des mois de janvier à juin 2018 n'ont pas été réglées. L'intéressée ne le conteste du reste pas. Ainsi, en l'absence du paiement de ces primes, l'assureur était incontestablement en droit de poursuivre l'intéressée pour le montant des factures impayées. En outre, il était habilité à lever lui-même l'opposition formée au commandement de payer puisqu'il a respecté la procédure prescrite pour le recouvrement de

ses créances. 10. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il convient de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 2 OAMal. Aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Selon les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal de l'intimée, édition 1^{er} avril 2016 (ci-après : CGA), l'assuré paie ses primes à l'avance. Il en est lui-même le débiteur. Les primes, les franchises ou les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée sur la facture. Passé ce délai, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites (art. 3 ch. 1 CGA). L'intéressée ne s'est pas acquittée des primes litigieuses dues malgré rappels et sommations pour chaque facture, de sorte qu'elle a occasionné fautivement les frais administratifs. Il est incontestable que la poursuite n° 1_____ M résulte de son comportement fautif. Partant, l'assureur était en droit de la poursuivre pour le montant des frais occasionnés par son retard. 11. Reste à examiner si les frais administratifs pris en considération par l'assureur sont excessifs. Il est indéniable que les retards de paiement ont contraint l'assureur à déployer une activité de rappel, de sommation, puis de recouvrement. La chambre de céans a déjà eu l'occasion de juger que les frais réclamés (frais de rappel et de sommation de CHF 30.- et frais d'ouverture de dossier de CHF 120.-) se trouvaient en adéquation et dans un rapport raisonnable avec les prestations qu'il avait dû fournir, en l'occurrence la préparation et l'envoi de sommations et l'ouverture du dossier de poursuite (ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017). Au regard de cet arrêt, il faut admettre que les frais de sommation ainsi que les frais d'ouverture du dossier pour les montant en souffrance concernés ne sont pas excessifs et ne procurent à l'assureur aucun enrichissement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les réduire. 12. S'agissant des intérêts moratoires de 5%, ils sont expressément prévus par les art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal. 13. Quant aux frais de poursuite, l'art. 68 al. 1 LP prévoit expressément que les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier en fait l'avance. Ces frais sont donc également dus par le recourant poursuivi, et suivent le sort de la poursuite, sans qu'il soit nécessaire de prononcer la mainlevée de l'opposition à leur égard. 14. La mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer poursuite n° 1_____ M est prononcée. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu à allocation d'une indemnité de procédure, ni à l'intéressée, vu l'issue donnée au recours (art. 61 let. g LPGA), ni à l'assureur en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 199 s. ad art. 61). Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 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.