

# GE\_GERICHTE A/3813/2014 vom 1. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3813\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3813_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3813/2014 du 1 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3813/2014 del 1 giugno 2015

## Erwägungen

### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CARTIGNY recourant contre AVANEX ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie, sise avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1943 est assuré depuis le 1 er juillet 2008 pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (BASIS PREMEDI 24) auprès d'AVANEX ASSURANCES SA (ci-après : AVANEX), membre de Helsana assurance SA, avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-. 2. Le service de l'assurance-maladie a indiqué le 14 janvier 2015 que l'assuré n'avait obtenu aucun subside de l'assurance-maladie de 2008 à ce jour. 3. La prime mensuelle est de : - CHF 217.- en 2008 - CHF 243.60 en 2009 - CHF 304.80 en 2010 - CHF 324.95 en 2011 - CHF 351.30 en 2012 - CHF 342.65 en 2013. 4. a) Les 25 et 28 août 2009, AVANEX a fait notifier à l'assuré deux commandements de payer, l'un poursuite n° 1\_\_\_\_\_ au montant de CHF 2'604.-, plus les frais, indiquant « prime avril 2008 » et l'autre poursuite n° 2\_\_\_\_\_ au montant de CHF 1621.20, plus les frais, indiquant « prime janvier 2008 – déc. 2009 ». b) Par décisions des 6 et 30 novembre 2009, AVANEX a levé l'opposition de l'assuré aux deux poursuites précitées. c) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a admis les oppositions de l'assuré formées à l'encontre des décisions des 6 et 30 novembre 2009 et annulé celles-ci car le motif des créances n'était pas spécifié correctement. d) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (la chambre de céans) à l'encontre de la décision sur opposition du 28 octobre 2014 en concluant à la constatation que les poursuites en cause sont périmées et que la décision litigieuse est sans objet, voire nulle. 5. a) Le 9 avril 2011, AVANEX a établi une facture de CHF 7'557.- correspondant aux primes de janvier à décembre 2010 (CHF 3'657.60 = CHF 304.80 x 12) et de janvier à décembre 2011 (CHF 3'899.40 = CHF 324.95 x 12) sous déduction d'un escompte de 1%. b) Les 18 juin et 17 juillet 2011, AVANEX a envoyé un rappel au montant de CHF 7'557.- et réclamé CHF 40.- de frais de rappel. c) Le 18 août 2011, l'assuré a écrit à AVANEX qu'il n'était pas assuré chez elle en 2010 et qu'en 2011 les primes ne pouvaient pas dépasser CHF 2'604.-, sous déduction des subsides cantonaux. d) Le 29 août 2011, elle a réclamé, en sus, 5 % d'intérêts de retard du 31 mai au 29 août 2011 (CHF 93.-) et CHF 100.- de frais administratifs. e) Le 16 septembre 2011, l'assuré a requis d'AVANEX qu'elle précise le montant de CHF 7'557.-. f) Le 5 septembre 2011, AVANEX a écrit à l'assuré qu'il ne pouvait changer d'assurance tant qu'il n'avait pas payé toutes les primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuites et qu'une facture concernant la franchise, le quote-part de 10 % et les frais de poursuites lui avait été envoyée suite à son hospitalisation. g) Le 16 septembre 2011, l'assuré a rappelé sa demande du 18 août 2011. h) Le 11 janvier

2012, AVANEX a fait notifier à l'assuré un commandement de payer (poursuite n° 3\_\_\_\_\_ ) pour la somme de CHF 7'557.- avec intérêts dès le 31 mai 2011 pour les primes 2010 et 2011 et CHF 100.- de frais administratifs. L'assuré y a fait opposition. i) Par décision du 5 mars 2012, AVANEX a levé l'opposition de l'assuré à concurrence de CHF 8'074.85, soit CHF 7'557.-, CHF 284.70 (intérêts de retard), CHF 100.- de frais administratifs et CHF 133.15 de frais de poursuite. j) Le 10 avril 2012, l'assuré a fait opposition à la décision du 5 mars 2012 en relevant que le montant de CHF 7'557.- n'était pas motivé et les subsides cantonaux pas indiqués et conclut à la nullité de la décision. k) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition de l'assuré dans le sens que les frais de poursuite ne devaient pas faire l'objet de la décision de mainlevée, de sorte que la mainlevée était confirmée à hauteur de CHF 7'557.- avec intérêt à 5 % depuis le 31 mai 2011, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais de traitement. l) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014 en concluant à la constatation de la péremption de la poursuite et de la nullité de la décision, voire à l'annulation de celle-ci. Le commandement de payer avait été notifié il y avait plus d'un an, de sorte que la poursuite était périmée, aucun contrat ne prévoyait la prime de CHF 7'557.- et la décision devait tenir compte du subside cantonal et de la restitution du trop payé de prime; la décision ne mentionnait pas le Tribunal à saisir; enfin, AVANEX commettait un abus de droit en notifiant sept décisions le même jour.

6. a) Le 8 octobre 2011, AVANEX a communiqué à l'assuré un décompte de prestations attestant d'un solde en sa faveur de CHF 75.-, soit 5 jours à CHF 15.- de frais hospitaliers. b) Un rappel a été envoyé à l'assuré le 20 novembre 2011, le 18 décembre 2011 avec, en sus, CHF 40.- de frais administratifs et le 30 janvier 2012 avec CHF 0.85 d'intérêts de retard et CHF 100.- de frais administratifs. c) le 28 février 2012, AVANEX a envoyé à l'assuré un décompte de prestations attestant d'un solde en sa faveur de CHF 59.65 à titre de franchise 2012. d) Un rappel a été envoyé à l'assuré le 22 avril 2012 et le 20 mai 2012 avec, en sus, CHF 40.- de frais administratifs. e) Le 25 juin 2012, un rappel a été envoyé à l'assuré pour la créance de CHF 134.65 (CHF 75.- + CHF 59.65), CHF 3.10 d'intérêts de retard et CHF 140.- de frais administratifs. f) Un commandement de payer poursuite n° 4\_\_\_\_\_ au montant de CHF 134.65 avec intérêts à 5 % dès le 2 janvier 2012 et CHF 140.- de frais administratifs a été notifié à l'assuré le 25 septembre 2012, lequel y a fait opposition. g) Par décision du 15 novembre 2012, AVANEX a levé l'opposition de l'assuré à concurrence de CHF 134.65, CHF 5.70 d'intérêts de retard, CHF 140.- de frais administratifs et CHF 33.- de frais de poursuite. h) Le 31 décembre 2012, l'assuré a fait opposition à cette décision au motif qu'elle n'était pas motivée, qu'elle ne tenait pas compte des subsides cantonaux et conclut à l'annulation des frais et intérêts, vu la carence d'AVANEX. i) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition de l'assuré dans le sens que les frais de poursuite étaient annulés, la mainlevée était confirmée à hauteur de CHF 134.65, CHF 80.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais de traitement. j) Le 8 décembre 2014 l'assuré a recouru à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014 auprès de la chambre de céans en concluant à la péremption de la poursuite et à la nullité de la décision; il n'existait pas de facture de CHF 134.65, la décision n'indiquait pas l'adresse de l'instance de recours et AVANEX commettait un abus de droit en notifiant sept décisions le même jour.

## **E. 7**

a) Le 9 juin 2012, AVANEX a communiqué à l'assuré un décompte de prestations attestant d'un solde en sa faveur de CHF 120.95, soit la part de la franchise 2012 à la suite du

paiement d'un traitement du 23 avril 2012. b) Un rappel a été envoyé à l'assuré le 22 juillet 2012, le 19 août 2012, avec, en sus, CHF 40.- de frais administratifs, et le 24 septembre 2012 avec CHF 1.30 d'intérêts et CHF 100.- de frais administratifs. c) Le 15 avril 2013, un commandement de payer (poursuite n° 5 \_\_\_\_\_) au montant de CHF 120.95, avec intérêts à 5% dès le 9 juillet 2012, et CHF 100.- de frais administratifs, a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition. d) Par décision du 20 juin 2013, AVANEX a prononcé la mainlevée de l'opposition a concurrence de CHF 120.95, CHF 5.25 (intérêts de retard), CHF 100.- de frais administratifs et CHF 107.15 de frais de poursuite. e) Le 25 juillet 2013, l'assuré a fait opposition à la décision du 20 juin 2013 en concluant à sa nullité, au motif qu'elle n'était pas motivée et que le contrat d'assurance avait été résilié pour le 31 décembre 2008. f) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition de l'assuré en ce sens que les frais de poursuite étaient écartés de la décision de mainlevée, laquelle était confirmée à hauteur de CHF 120.95, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais de traitement; l'assuré était affilié depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et sa résiliation des 14 novembre 2008 et 20 mars 2009 n'avait pas pu prendre effet en raison d'arriérés de paiement. g) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014 en concluant à la constatation de la péremption de la poursuite et à la nullité de la décision, celle-ci ne contenant pas l'adresse de l'instance de recours, ni le contrat d'adhésion et le tarif des primes. La facture de CHF 120.95 n'était pas prouvée; AVANEX commettait un abus de droit en notifiant sept décisions le même jour.

## **E. 8**

a) Le 26 mars 2011, AVANEX a communiqué à l'assuré un décompte de prestations attestant d'un solde en sa faveur de CHF 171.20 au titre de franchise 2011, soit une facture de CHF 23.60 et une autre de CHF 148.20. b) Le 9 avril 2011, AVANEX a communiqué à l'assuré un décompte de prestation attestant d'un solde en sa faveur de CHF 2'097.-, soit CHF 1'932.- de traitement, au titre de franchise 2011, et CHF 135.- au titre de participation aux frais hospitaliers de neuf jours. c) Le 14 mai 2011, AVANEX a communiqué à l'assuré un décompte de prestation attestant d'une facture de CHF 4'893.- de la clinique genevoise de Montana, d'un solde en sa faveur de CHF 1'133.90, soit CHF 366.20 au titre de franchise 2011, CHF 452.70 de quote-part de 10% et CHF 315.-, soit vingt et un jours de participation aux frais hospitaliers. d) Le 21 mai 2011, AVANEX a communiqué à l'assuré un décompte de prestations attestant d'une facture de CHF 7'998.90 des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et d'un solde en sa faveur de CHF 382.30, soit CHF 247.30 de quote-part 2011 et CHF 135.- de participation à neuf jours de frais hospitaliers. e) Le 15 mai 2011, AVANEX a envoyé à l'assuré un rappel pour le paiement de CHF 2'268.80 (CHF 171.80 + 2'097.-) et, le 18 juin 2011, elle a requis, en sus, CHF 40.- de frais administratifs. f) Le 18 juin 2011, AVANEX a envoyé à l'assuré un rappel pour le paiement de CHF 1'133.90. g) Le 31 août 2011, AVANEX a envoyé un rappel à l'assuré pour un montant de CHF 3'785.- (CHF 382.30 + CHF 171.80 + CHF 2'097.- + CHF 1'133.90), CHF 51.80 d'intérêts et CHF 100.- de frais administratifs. h) Le 11 janvier 2012, un commandement de payer (poursuite n° 6 \_\_\_\_\_) au montant de CHF 3'785.-, avec intérêts à 5% dès le 23 mai 2011), et CHF 100.- de frais administratifs, a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition. i) Par décision du 5 mars 2012, AVANEX a prononcé la mainlevée de l'opposition à concurrence de CHF 3'785.-, CHF 137.80 d'intérêts, CHF 100.- de frais administratifs et CHF 124.15 de frais de poursuite. j) Le 10 avril 2012, l'assuré a fait opposition à cette décision, au motif que le montant requis n'était pas explicité et que le calcul des contre-prestations dues du subsidie cantonal n'avait pas été effectué; la décision était nulle.

k) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition de l'assuré en ce sens que les frais de poursuites étaient annulés, de sorte que la mainlevée était confirmée à hauteur de CHF 3'785.-, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 801.- de frais de traitement. l) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014, en concluant à la péremption de la poursuite et à la nullité de la décision; il n'existait pas de facture pour un total de CHF 3'785.-; le montant dépassait les plus hautes franchises; l'adresse de l'instance de recours n'avait pas été indiquée; AVANEX commettait un abus de droit et le subside cantonal n'avait pas été calculé.

#### **E. 9**

a) Le 10 décembre 2011, AVANEX a communiqué à l'assuré une facture pour les primes 2012 au montant de CHF 4'215.60. b) Un rappel a été envoyé à l'assuré le 19 février 2012, le 18 mars 2012, avec, en sus, CHF 40.- de frais administratifs, et le 30 avril 2012 pour CHF 4'215.60, CHF 48.50 d'intérêts et CHF 100.- de frais administratifs. c) Le 30 août 2012, un commandement de payer (poursuite n° 12 9 \_\_\_\_\_ L) au montant de CHF 4'215.60 et CHF 100.- de frais administratifs, a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition. d) Par décision du 15 novembre 2012, AVANEX a prononcé la mainlevée de l'opposition à concurrence de CHF 4'215.80, CHF 147.25 d'intérêts, CHF 100.- de frais administratifs et CHF 133.15 de frais de poursuite. e) Le 31 décembre 2012, l'assuré a fait opposition à cette décision, au motif que la créance n'était pas détaillée et ne comprenait pas le calcul du subside cantonal; par ailleurs, le contrat avait été résilié pour le 31 décembre 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012; la décision était nulle. f) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition dans le sens que les frais de poursuite étaient annulés; la mainlevée était confirmée à hauteur de CHF 4'215.60, avec intérêt à 5% dès le 6 février 2011, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais de traitement. g) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014 en concluant à la constatation de la péremption de la poursuite et à la nullité de la décision, laquelle n'était pas motivée; aucun contrat ne prévoyait une prime de CHF 4'215.60; la décision n'indiquait pas l'adresse de l'instance de recours, ni pour quelle raison il ne pouvait changer d'assurance; le comportement d'AVANEX constituait un abus de droit.

#### **E. 10**

a) Le 12 janvier 2013, AVANEX a communiqué à l'assuré une facture pour les primes 2013 au montant de CHF 4'111.80. b) Un rappel a été envoyé à l'assuré les 17 mars 2013 et 21 avril 2013 avec, en sus, CHF 40.- de frais administratifs, ainsi que le 27 mai 2013, pour CHF 4'111.20, CHF 47.90 d'intérêts et CHF 100.- de frais administratifs. c) Le 9 octobre 2013, un commandement de payer (poursuite n° 7 \_\_\_\_\_) au montant de CHF 4'111.80, avec intérêts à 5% dès le 3 mars 2013 et CHF 100.- de frais administratifs, a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition. d) Par décision du 5 décembre 2013, AVANEX a prononcé la mainlevée de l'opposition à concurrence de CHF 4'111.80, CHF 147.- d'intérêts, CHF 100.- de frais administratifs et CHF 133.15 de frais de poursuite. e) Le 23 janvier 2014, l'assuré a fait opposition à cette décision, au motif que le contrat d'assurance était inexistant et que la décision était non motivée, donc nulle. f) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition de l'assuré, dans le sens que les frais de poursuite étaient annulés; la mainlevée était confirmée à hauteur de CHF 4'111.80 de primes, avec intérêts à 5% depuis le 3 mars 2013, CHF 40.- de frais de rappel et CHF

60.- de frais de traitement, au motif que l'assuré avait tenté de résilier le contrat d'assurance, mais que cette résiliation était sans effet en raison d'arriérés de paiements depuis l'année 2008. g) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014, en concluant à la constatation de la péremption de la poursuite et la nullité de la décision; aucun contrat ne prévoyait une prime de CHF 4'111.80; la prime devait tenir compte des subsides d'assurance; la décision n'indiquait pas l'adresse de l'instance de recours, ni pour quelle raison il ne pouvait changer d'assurance; le comportement d'AVANEX constituait un abus de droit.

#### **E. 11**

Le 16 janvier 2015, AVANEX a conclu au rejet du recours et à ce que celui portant sur les poursuites n° 2 \_\_\_\_\_ et n° 1 \_\_\_\_\_ soit déclaré sans objet. Le délai de péremption d'un an pour requérir la continuation de la poursuite était suspendu pendant toute la durée des procédures administratives introduites par l'assuré, de sorte que les commandements de payer n'étaient pas périmés; les décisions litigieuses indiquaient la voie de droit au Tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré, ce qui était suffisant; enfin, l'assuré n'avait jamais eu de droit au subside cantonal d'assurance maladie.

#### **E. 12**

Le 12 février 2015, l'assuré a transmis : - une copie de l' ATAS/2/2015 de la chambre de céans déclarant le recours de l'assuré déposé à l'encontre d'une décision de la CSS irrecevable et le transmettant celle-ci pour qu'elle rende une décision sur opposition sur la question du changement d'assureur au 31 décembre 2012; - un courrier de la CSS du 27 janvier 2015 à AVANEX, la priant de lui communiquer les documents prouvant l'existence de factures impayées avant le 31 décembre 2012. Il a requis la suspension de la cause jusqu'à droit jugé sur son affiliation à la CSS ou à AVANEX.

#### **E. 13**

Le 25 février 2015, AVANEX a contesté la suspension de la procédure dès lors que si une poursuite antérieure à 2013 était confirmée, elle aurait pour conséquence de déterminer l'affiliation du recourant au-delà du 31 décembre 2012.

#### **E. 14**

Le 5 mai 2015, à la demande de la chambre de céans, AVANEX a indiqué que l'intérêt moratoire avait été fixé dès que l'assuré avait été en retard de paiement, soit dès l'exigibilité de la prétention et un intérêt moyen pouvait être calculé. La facture des primes 2010/2011 avait un délai de paiement au 31 mai 2011, celle des primes 2012 au 6 février 2012 et celle des primes 2013 au 3 mars 2013; par ailleurs, l'art. 5.2 CA prévoyait que si d'autres périodes de paiement avaient été convenues, les primes étaient échues le premier jour de la période correspondante; ainsi, les primes étaient échues au 1 er janvier 2010 pour 2010 à 2011, au 1 er janvier 2012 pour 2012 et au 1 er janvier 2013 pour 2013; par conséquent, les départs respectifs des taux d'intérêts auraient même pu être fixés plus tôt.

#### **E. 15**

A la demande de la chambre de céans, AVANEX a transmis une copie de la demande d'affiliation de l'assuré du 17 janvier 2008, selon laquelle la période de paiement choisie était annuelle et indiqué qu'en conséquence les primes étaient échues au 1 er janvier de chaque année. 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 1er

janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, les recours sont recevables (art. 60 LPGA). 3. a) L'objet du litige porte sur le bien-fondé des décisions sur opposition de l'intimée du 28 octobre 2014 prononçant la mainlevée de l'opposition aux commandements de payer poursuites n° 3\_\_\_\_\_, 8\_\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_, 6\_\_\_\_\_, 9\_\_\_\_\_, sous déduction des frais de poursuite, ainsi que sur la décision sur opposition de l'intimée du 28 octobre 2014 annulant la décision de mainlevée des oppositions aux poursuites n° 2\_\_\_\_\_ et 1\_\_\_\_\_. b) Il convient préalablement de constater que la suspension de la procédure requise par le recourant n'est pas justifiée au sens des art. 78 ou 14 LPA, de sorte qu'il y sera renoncé. En particulier, l'arrêt rendu par la chambre de céans le 15 janvier 2015 et opposant le recourant à la CSS assurance-maladie SA n'indique pas que la procédure concernant cette assurance serait prioritaire par rapport à celle opposant le recourant à l'intimée. c) Par ailleurs, le recours déposé à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014 relative aux poursuites n° 2\_\_\_\_\_ et 1\_\_\_\_\_ (primes 2008 et 2009) n'a plus d'objet, la mainlevée de l'opposition ayant été annulée par l'intimée. Partant, ce recours sera déclaré sans objet. 4. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ce sont produits (ATF 130 V 445); en l'espèce, les faits déterminants se rapportent aux poursuites intentées par l'intimée pour le recouvrement des primes ou de participation à des frais médicaux entre 2008 et 2013. Sont dès lors applicables les modifications de la LAMal et de l'OAMal intervenues durant cette période. 5. a) 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). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il 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 sont tenues de s'assurer, tout comme les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), 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. b) En l'espèce, il est constant que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. Il est également admis qu'il a été assuré auprès de l'intimée depuis le 1er juillet 2008. 6. a) L'art. 64a LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, prévoit que, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 1). Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement. Simultanément, il informe le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer que les prestations sont suspendues. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont

réservées. (al. 2). Dès le paiement intégral des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de suspension. (al. 3). En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé (al. 4). Le Conseil fédéral fixe les modalités de l'encaissement et de la procédure de rappel et règle les conséquences d'un retard de paiement. (al. 5).

!endif]>![if> Selon l'art. 105b OAMAL, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, il doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai impartit, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitée par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 3).

b) Selon l'art. 64a LAMal en vigueur depuis le 1er 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; 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 impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton (al. 3). Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.2 (al. 4). L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré (al. 5). En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé (al. 6). Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension (al. 7). Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle également les modalités de la procédure de sommation

et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs (al. 8). Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (al. 9). Selon l'art. 105b OAMal, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, 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). c) Il est à constater que la modification de la LAMal et de l'OAMal, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, n'a pas modifié la règle selon laquelle l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur (art. 64a al. 5 et art. 64a al. 4). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a jugé que les délais précités (art. 105 b OAMal) sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. Ces délais visent en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêt 9C\_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3 ; ATF 9C\_742/2011 du

#### **E. 17**

novembre 2011). d) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose ainsi 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. 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. 105b OAMal). 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 ). e) 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 9C\_903/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). 7. En vertu de l'art. 26 al. 1, 1re phrase, LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux d'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 OPGA). Faute pour le Conseil fédéral d'avoir fait usage, à tout le moins dans le domaine de l'assurance-maladie, de la délégation de compétence de l'art. 26 al. 1, 2e phrase, LPGA, l'intérêt moratoire est également dû, conformément aux modalités prévues à l'art. 7 al. 2 OPGA, pour les créances de cotisations modestes ou échues depuis peu (arrêt K 68/04 du 26 août 2004 consid. 5.3.4, in SVR 2006 KV n° 2 p. 3 ; ATF 9C\_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.1). Comme précisé au considérant précédent, la perception d'un intérêt moratoire est une obligation imposée expressément à l'autorité par l'art. 26 al. 1 LPGA. Impérative, cette disposition s'applique même lorsque, en raison notamment d'une procédure contentieuse, une longue période s'écoule avant que la situation juridique ne soit définitivement éclaircie. Peu importe à cet égard qu'aucune faute ne puisse être imputée à la personne assurée. L'intérêt moratoire sert en effet à compenser de manière forfaitaire l'avantage que le justiciable a obtenu en conservant la libre disposition des sommes qu'il aurait dû verser, à savoir leur rendement. Il est loisible à la personne assurée souhaitant interrompre le cours de l'intérêt moratoire de s'acquitter en tout temps - sous réserve de l'issue de la procédure - des sommes qui lui sont réclamées. Si celles-ci devaient s'avérer par la suite dénuées de fondement, la personne assurée aurait alors droit au remboursement de la somme versée, ainsi qu'à l'intérêt rémunérateur adéquat (art. 26 al. 1, 1re phrase in fine, LPGA ; ATF 9C\_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.2). 8. En l'espèce, le recourant ne conteste pas avoir été régulièrement affilié à l'intimée depuis le 1er juillet 2008; il fait valoir les griefs suivants à l'encontre des décisions attaquées : a) Le recourant conteste tout d'abord le montant des primes réclamées et estime que celui-ci est, en toute hypothèse, compensé par le subside de l'assurance-maladie qui lui serait dû. La chambre de céans constate que le recourant se contente de remettre en cause le montant des primes qui lui ont été réclamées pour 2010 à 2013; or, les primes pour ces trois années ressortent des polices d'assurance LAMal notifiées par l'intimée au recourant et celui-ci n'avance aucun élément qui permettrait de mettre en doute la réalité desdites primes. Quant au subside de l'assurance-maladie, le SAM a confirmé à l'intimée le 14 janvier 2015 que le recourant n'avait obtenu aucun subside de 2008 à ce jour, de sorte que l'argument d'une éventuelle compensation n'a pas lieu d'être. b) Le recourant estime ensuite que les décisions sur opposition de l'intimée ne mentionnent, à tort, pas clairement la voie de droit à la chambre de céans. D'après un principe général du droit, déduit de l'art. 9 Cst. protégeant la bonne foi du citoyen, le défaut d'indication ou l'indication incomplète ou inexacte des voies de droit ne doit en principe entraîner aucun préjudice pour les parties (ATF 138 I 49 consid. 8.3.2 p. 53; 117 Ia 297 consid. 2 p. 299 et les arrêts cités). Ce principe comporte toutefois une réserve: l'art. 5 al. 3 in fine Cst. impose au citoyen d'agir de manière conforme aux règles de la bonne foi (ATF 138 I 49 consid. 8.3.2 p. 53). Ainsi, lorsque l'indication des voies de droit fait défaut, on attend du justiciable qu'il fasse preuve de diligence en recherchant lui-même les informations nécessaires (voir ATF 104 V 162 consid. 3 p. 166; cf. aussi ATF 116 Ia 215 consid. 2c p. 219 ss spéc. p. 220 ; ATF 2C\_857/2012 du 5 mars 2013, consid. 3.2). En l'espèce, les décisions litigieuses mentionnent une voie de droit au Tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré. La question de savoir si la mention de

l'intimée est suffisante ou non peut rester ouverte, le recourant ayant été capable de désigner la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en tant qu'autorité de recours et de déposer son recours dans les délais. c) Le recourant estime encore que l'interdiction de changer d'assurance n'est pas fondée. A cet égard, les art. 64a al. 4 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, et 64a al. 6 LAMal, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, prévoient très clairement que l'assuré en retard de paiement ne peut changer d'assureur tant qu'il ne s'est pas acquitté de toutes ses obligations. Or, en l'espèce, les pièces du dossier démontrent que le recourant a fait l'objet de poursuites concernant les primes depuis l'année de son affiliation en 2008, ce qu'il ne conteste pas, de sorte qu'il n'est pas autorisé à changer d'assureur, et cela tant qu'il ne se sera pas acquitté de toutes ses obligations financières. d) Le recourant invoque la péremption des poursuites, au motif que les décisions de mainlevée de ses oppositions aux commandements de payer du 28 octobre 2014 ont été rendues au-delà du délai d'un an après la notification des commandements de payer. Selon l'art. 88 al. 1 et 2 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP) du 11 avril 1889, lorsque la poursuite n'est pas suspendue par l'opposition ou par un jugement, le créancier peut requérir la continuation de la poursuite à l'expiration d'un délai de 20 jours à compter de la notification du commandement de payer. Ce droit se périmé par un an à compter de la notification du commandement de payer. Si opposition a été formée, ce délai ne court pas entre l'introduction de la procédure judiciaire ou administrative et le jugement définitif. Le recourant ayant fait opposition aux commandements de payer en cause, le délai de péremption d'un an a été suspendu, de sorte que la procédure de poursuite n'est pas périmée. e) Enfin, le recourant fait valoir que l'intimé a commis un abus de droit en notifiant sept décisions le même jour. L'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi (art. 2 al. 2 CC). Ce principe permet de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Le juge apprécie la question au regard des circonstances concrètes, qui sont déterminantes. L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique de façon contraire à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 137 III 625 consid. 4.3; 135 III 162 consid. 3.3.1 ; ATF 4A\_38/2013 du 12 avril 2013, consid. 2.1). Selon la jurisprudence, la nullité d'une poursuite pour abus de droit ne peut être admise par les autorités de surveillance que dans des cas exceptionnels, en particulier lorsqu'il est manifeste que le poursuivant agit dans un but sans le moindre rapport avec la procédure de poursuite ou pour tourmenter délibérément le poursuivi; en principe, une telle éventualité est réalisée lorsque le poursuivant fait notifier plusieurs commandements de payer fondés sur la même cause et pour des sommes importantes, sans jamais demander la mainlevée de l'opposition ni la reconnaissance judiciaire de sa créance, lorsqu'il procède par voie de poursuite contre une personne dans l'unique but de détruire sa bonne réputation, ou encore lorsqu'il reconnaît, devant l'office des poursuites ou le poursuivi lui-même, qu'il n'agit pas envers le véritable débiteur (ATF 115 III 18 consid. 3b p. 21 ; ATF 5A\_595/2012 du 24 octobre 2013, consid. 4). En l'espèce, le recourant ne démontre pas en quoi le fait de rendre plusieurs décisions le même jour constitue un abus de droit au sens de la jurisprudence précitée. Partant, son grief doit être rejeté. 9. Conformément à l'art. 105a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élèvent à 5 % par année. Selon l'art. 5.2 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de BASIS (CA), édition janvier 2006, les primes sont échues le premier jour de chaque mois

ou le premier jour de la période convenue, si tel est le cas. En l'espèce, la période convenue entre le recourant et l'intimé est annuelle, conformément à l'offre d'assurance du 17 janvier 2008. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame des intérêts moratoires sur les montants dus au titre de primes pour les années 2010 à 2013. L'intérêt à 5% sur les primes 2010 et 2011 a été réclamé depuis le 31 mai 2011 à la suite de l'envoi de la facture du 9 avril 2011. L'intérêt à 5% sur les primes de l'année 2012 a été réclamé depuis le 6 février 2012 à la suite de l'envoi de la facture des primes du 10 décembre 2011. L'intérêt à 5% sur les primes de l'année 2013 a été réclamé depuis le 3 mars 2013 à la suite de l'envoi de la facture des primes du 12 janvier 2013. Au vu de la période d'une année convenue, l'intérêt moratoire précité ne peut qu'être confirmé. 10. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffira de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 3a et 105b al. 2 OAMal, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Or, tel est le cas en l'espèce (cf. art. 5.5 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de BASIS édition janvier 2006). La jurisprudence confirme au surplus que 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). En l'occurrence, l'intimée a notifié au recourant plusieurs rappels, avant d'introduire des poursuites. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame le paiement de ces frais. Enfin, conformément à l'art. 68 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP ; RS 281.1), les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. 11. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a prononcé la mainlevée de l'opposition du recourant au commandement de payer poursuites n° 3 \_\_\_\_\_, 8 \_\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_, 6 \_\_\_\_\_, 9 \_\_\_\_\_, de sorte que le recours sera rejeté et qu'il sera prononcé la mainlevée définitive aux commandements de payer précités. Pour le surplus, la procédure est gratuite. 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.