

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1439/2007

ATAS/204/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 18 février 2008

En la cause

Madame B _____, domiciliée c/o M. C _____ à
GENEVE, représentée par Monsieur C _____

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B _____ (ci-après : l'assurée), née le 24 mars 1968, est affiliée à MUTUEL ASSURANCES (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie depuis le 1^{er} janvier 2004.
2. Entre février et mai 2005, la caisse a adressé à l'assurée quatre factures concernant des soins prodigués par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour la période du 13 janvier au 31 mars 2005, ainsi que des prestations de pharmacie. Elle réclamait à l'assurée le paiement des participations obligatoires, au titre de la franchise, de la taxe d'hospitalisation journalière et de la quote-part, à savoir 125 fr. 25 pour la participation aux prestations de pharmacie (franchise), 770 fr. 50 et 514 fr. 25 s'agissant des soins hospitaliers entre le 13 janvier et le 28 février 2005 (taxe journalière, franchise et quote-part de 10%), et 310 fr. pour des soins hospitaliers du 1^{er} au 31 mars 2005 (31 jours de taxe journalière de 10 fr.).
3. Après une série de rappels et de sommations, la caisse a engagé des poursuites à l'encontre de l'assurée. Un commandement de payer, poursuite n° 06 770963 G, pour un montant global de 1'714 fr, plus intérêts à 5% dès le 17 novembre 2005, 80 fr. de frais de sommation, 30 fr. de frais d'ouverture de dossier et 171 fr. de frais pour notifications infructueuses, a été notifié le 15 novembre 2006 à l'assurée, qui a formé opposition.
4. Une nouvelle série de factures datées des 27 juin, 24 octobre et 5 décembre 2005, en relation avec des soins prodigués par les HUG entre le 1^{er} avril et le 14 août 2005 (du 1^{er} au 4 avril, le 31 juillet et du 1^{er} au 14 août), suivie des rappels et des sommations correspondantes, a été adressée par la caisse à l'assurée, qui ne les a pas payées. Il s'agissait du prélèvement de la taxe journalière de 10 fr, pour un montant global de 190 fr. (40 fr. + 10 fr. + 140 fr.). La facture du 5 décembre 2005 faisait aussi mention d'une refacturation concernant des prestations de 2004, pour un montant de 250 fr. 80. Un commandement de payer, poursuite n° 06 770966 D, pour un montant global de 522 fr. 40, représentant 432 fr. 40 de participations impayées (40 fr. + 10 fr. + 140 fr. et 250 fr. 80), plus intérêts à 5% dès le 17 mai 2006, 60 fr. de frais de sommation, 30 fr. de frais d'ouverture de dossier et 69 fr. de frais de notification infructueuse, a été notifié le 3 novembre 2006 à l'assurée, qui a formé opposition.
5. Par courrier du 30 octobre 2006, la caisse a informé l'assurée qu'elle était dans l'obligation de suspendre la prise en charge des prestations, en application de l'art. 64a al. 2 LAMal, dans la mesure où elle avait été contrainte de requérir la continuation de la poursuite n° 06 769977, notifiée le 26 septembre 2006.
6. Le 8 décembre 2006, un troisième commandement de payer, poursuite n° 06 773945 R, a été notifié à l'assurée, qui a formé opposition. La caisse

réclamait le paiement de deux factures des 29 mai et 26 juin 2006, pour un montant global de 110 fr. (90 fr. + 30 fr.), soit onze fois la taxe journalière de 10 fr., au titre de participation aux soins prodigués par les HUG du 23 mars au 3 avril 2006, la poursuite ayant été précédée de rappels et de sommations. Le montant réclamé dans la poursuite s'élevait à 185 fr. 80, représentant 115 fr. 80 (90 fr. + 30 fr. - 4 fr. 20 encaissés) de participations impayées, plus intérêts à 5% dès le 21 novembre 2006, 40 fr. de frais de sommation et 30 fr. de frais d'ouverture de dossier.

7. Par décisions séparées datées du 26 janvier 2006 (recte : 2007) et des 17 et 18 janvier 2007, l'assureur a levé les oppositions formées aux poursuites
8. Par l'intermédiaire de M. C _____, l'assurée a formé opposition contre ces décisions en date du 31 janvier 2007.
9. Par courrier du 9 février 2007, elle a fait parvenir à la caisse, à sa demande, une copie de la procuration établie en faveur de son mandataire.
10. En date du 13 mars 2007, la caisse a communiqué à l'assurée trois décisions sur opposition séparées confirmant la levée des oppositions formées aux poursuites . La caisse rappelait qu'aux termes de l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal et 12 al. 2 let. a des conditions générales d'assurance, les assurés étaient tenus de participer aux coûts des prestations dont ils bénéficiaient, cette participation comprenant un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts dépassant la franchise (quote-part). Par ailleurs, selon la jurisprudence, les assureurs étaient aussi autorisés à percevoir des frais de sommation et d'administration raisonnables, en cas de retard dans le paiement des primes et des participations aux coûts, à la condition que ces dépenses fussent causées par la faute de l'assuré et pour autant que leur prélèvement fût prévu par les conditions générales d'assurance. L'assureur a aussi rappelé que le litige opposant le mandataire de l'assurée à la caisse de la fonction publique n'avait aucun lien avec celui concernant l'assurée, même si les deux caisses-maladie étaient toutes deux membres du GROUPE MUTUEL. S'agissant du montant des participations réclamées, des décomptes détaillés pour les années 2004, 2005 et 2006 étaient joints à chaque décision.
11. Par écriture datée du 24 mars 2007, mise à la poste le 26 mars 2007, l'assurée a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre les décisions sur opposition du 13 mars 2007. Elle querellait les décomptes établis par la caisse, les montants listés étant incontrôlables et ceux des franchises et quotes-parts bien supérieurs au montant maximum de mille francs par année. En particulier, la poursuite n° 06 773945 R concernant le remboursement de la contribution aux frais de séjour hospitalier était inacceptable car il ne s'agissait ni d'une franchise, ni d'une quote-part au sens de l'art. 103 OAMal. De ce fait, elle était privée des droits découlant de l'art. 104 al. 2 let. a OAMal. Par ailleurs, une grande partie des hospitalisations, non volontaires, n'était pas justifiée par des

raisons médicales. Enfin, une bonne partie des factures listées dans les décomptes ne lui avait jamais été communiquée, en violation de l'art. 42 al. 3 LAMal. Par conséquent, l'intimée devait être condamnée à fournir toutes les factures mentionnées dans les décomptes de prestations, ainsi que toutes les factures de participations correspondantes, à produire des décomptes mentionnant les dates des factures auxquelles ils faisaient référence et les paiements effectués directement par l'assurée ou pour son propre compte. Elle concluait également à l'annulation de la décision du 30 octobre 2006 ordonnant la suspension des prestations. A l'appui de son recours, elle produisait toute une série de pièces, notamment un acte de défaut de biens dressé le 16 novembre 2006, concernant la poursuite n° 06 769977 D requise par la caisse. Il ressortait de ce document que la recourante, sans emploi et au bénéfice d'une rente AI, ainsi que de prestations complémentaires de l'OCPA, était divorcée et vivait en concubinage avec M. C _____, également au bénéfice d'une rente d'invalidité et d'un complément de l'OCPA.

12. Dans sa réponse du 15 mai 2007, la caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions sur oppositions du 13 mars 2007. En effet, d'une part, la recourante était tenue, en vertu de l'art. 104 OAMal, de s'acquitter de la contribution journalière de 10 fr. aux frais de séjour hospitalier, l'exonération prévue à l'art. 104 al. 2 OAMal ne lui étant pas applicable. D'autre part, s'agissant des franchises et quotes-parts facturées, il ressortait du décompte afférent à 2004 que la limite de 1'000 fr. par an avait été respectée, aucun séjour hospitalier n'ayant eu lieu durant cette année. En 2005 et en 2006, la limite de 1'000 fr. par an avait aussi été respectée s'agissant de la franchise et des quotes-parts, mais les contributions aux séjours hospitaliers (460 fr. en 2005 et 910 fr. en 2006) avaient été facturées en sus, car la taxe journalière n'était pas soumise à la limite de 700 fr. par année. Dans ces conditions, les montants réclamés dans les trois poursuites étaient conformes aux dispositions légales et aux conditions générales. S'agissant de la suspension des prestations, elle avait été prononcée après que l'intimée avait requis la continuation des poursuites en cours, dans le respect de l'art. 64a LAMal. Cette mesure était donc aussi fondée.
13. Par courriers des 5 et 6 juin 2007, la recourante a sollicité du Tribunal de céans une prolongation du délai pour répliquer. Elle a aussi rappelé que les factures de participation correspondant à des frais de pharmacie ne lui avaient jamais été communiquées. Il en allait de même des ordonnances correspondantes qui avaient de toute évidence du être transmises directement par les HUG aux pharmacies. Elle demandait au Tribunal de bien vouloir intervenir auprès de l'intimée pour qu'elle fournisse des copies des factures et des ordonnances de pharmacie mentionnées dans le relevé du 8 mars 2007 relatif aux prestations octroyées du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2006.
14. Dans sa réplique du 26 juin 2007, la recourante a maintenu que les trois réquisitions de poursuite frappées d'opposition révélaient un certain nombre d'abus de droit. En

premier lieu, elle n'avait pas été autorisée à faire valoir un motif d'exonération selon l'art. 104 al. 2 OAMal. Par ailleurs, il appartenait aux HUG de réclamer le paiement de la taxe journalière, et non pas à l'intimée. En outre, les forfaits journaliers facturés par les HUG n'étaient pas compréhensibles. Enfin, elle n'avait eu connaissance ni des ordonnances ni des factures de pharmacie, et n'avait ainsi pas pu choisir une pharmacie pratiquant des conditions plus avantageuses, soit par exemple l'exemption du paiement de la quote-part.

15. Par courrier du 4 juillet 2007, la recourante a communiqué au Tribunal de céans une copie de la correspondance échangée avec l'intimée au sujet de prestations de pharmacie concernant 2007, dans le but de prouver les nombreuses irrégularités dans le procédé de facturation de l'intimée.
16. Invitée à dupliquer, l'intimée a persisté dans ses conclusions, par écriture du 10 juillet 2007, en se référant pour le surplus aux arguments déjà présentés.
17. Par courrier du 8 août 2007, la recourante a encore exposé qu'elle ne pouvait pas être tenue de participer à hauteur d'un montant supérieur à 700 fr. par an.
18. Le 3 décembre 2007, le Tribunal de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante et son représentant ne se sont pas présentés; ils ont annoncé par téléphone le jour de l'audience qu'ils étaient tous deux malades.

L'intimée a déclaré à cette occasion :

« S'agissant de la facture pièce 21 nous précisons que la refacturation de 250 fr. 80 correspond à un montant réclamé à Mme B _____ en remboursement dès lors que l'assurance avait à tort remboursé celle-ci au lieu de l'Hôpital cantonal de Genève. L'assurance avait payé directement les HUG le 28 novembre 2005. La quote-part de 10 % a été déduite de cette facture. Les actes de défauts de biens sont transmis directement au Service de l'assurance-maladie (SAM) lequel a déjà pris en charge diverses participations aux frais. Dans certains cas le SAM refuse de prendre en charge les frais de poursuite.

Dans le cas de Mme B _____ la suspension qui avait été annoncée par courrier n'a pas été appliquée. Il n'y a pas eu de suite donnée au courrier du 30 octobre 2006 informant l'assurée de la suspension des prestations. Ce courrier part automatiquement dès qu'il y a une réquisition de poursuite mais il n'y a pas dans chaque cas une application de la suspension.

Il est difficile de savoir si toutes les factures sont contestées par la recourante. Celle-ci semble en tous les cas contester la facture de la pharmacie X _____
Or, les HUG travaillent avec la fondation Phénix qui retire parfois les médicaments

directement pour les patients auprès de cette pharmacie. Il est possible que cette procédure ait eu lieu pour la recourante, ce qui expliquerait que celle-ci conteste avoir pris des médicaments auprès de cette pharmacie. Il serait souhaitable que la recourante s'informe de cette procédure auprès des HUG.

Il ne me semble pas que le SAM ait constaté l'insolvabilité notoire de l'assurée. Par ailleurs la recourante a parfois payé directement certaines factures ce qui pourrait expliquer que son insolvabilité n'ait pas été constatée.»

19. Une copie du procès-verbal de l'audience a été communiqué à la recourante le 3 décembre 2007, un délai au 17 décembre 2007 lui étant imparti pour présenter ses observations.
20. Par courrier du 28 janvier 2008, le représentant de la recourante a fait savoir au Tribunal de céans qu'il attendait une nouvelle convocation pour une audience.
21. Une copie de cette correspondance a été communiquée à l'intimée pour information. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours interjeté le 26 mars 2007 contre les décisions sur opposition du 13 mars 2007 est recevable (art. 56 et ss LPGA).
3. a) A titre liminaire, il convient d'observer que la recourante, par l'intermédiaire de son représentant, a sollicité par correspondance du 25 janvier 2008 la tenue d'une nouvelle audience.

b) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les

références). Le droit d'être entendu découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. ne comprend pas le droit d'être entendu oralement (cf. ATF non publié du 23 octobre 2006, C 105/05, consid. 1.1 ; ATF 130 II 429 consid. 2.1, 125 I 219 consid. 9b, 122 II 469 consid. 4c), à moins qu'une disposition légale n'en dispose autrement. En effet, l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 125 I 135 consid. 6c/cc in fine, 430 consid. 7b, 124 I 211 consid. 4a, 285 consid. 5b, 115 Ia 11/12 consid. 3a).

c) Aux termes de l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment satisfaire aux exigences suivantes: Elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties (let. a, première partie de la phrase). Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (let. c); Si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats (let. e). Cette dernière règle n'a pas de portée propre, du moment que l'art. 61 let. a LPGA exige une procédure «en règle générale publique», laquelle englobe les débats ouverts aux parties (ATF non publié du 23 octobre 2006, C 105/05, consid. 1.2 et les références de doctrine), conformément aux principes posés à l'art. 6 par. 1 CEDH (ATF non publié du 23 octobre 2006, C 105/05, consid. 1.2 et les références). En effet, selon la jurisprudence constante, l'obligation d'organiser des débats - en première et en dernière instance - dans le contentieux de l'assurance sociale suppose une demande du plaideur, sous réserve d'un intérêt public important. Saisi d'une telle demande, le tribunal examinera encore s'il convient de renoncer à des débats, au regard notamment de l'exigence de la rapidité de la procédure (art. 61 let. a LPGA) et de la nature du litige. En tout cas, l'organisation systématique d'audiences dans les procès en matière d'assurance sociale irait à l'encontre des impératifs d'efficacité et d'économie évoqués par la Cour européenne des droits de l'homme (ATF non publié du 23 octobre 2006, C 105/05, consid. 1.2 ; ATF 120 V 8 consid. 3d, 119 V 381 consid. 4a/dd et les références de doctrine). Les exigences concernant la demande ont d'ailleurs été renforcées. L'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH suppose une demande, formulée de manière claire et indiscutable de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (ATF non publié du 23 octobre 2006, C 105/05, consid. 1.2).

d) La loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), applicable dans la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances

sociales (cf. art. 89A LPA), dispose à son article 41 que les parties ont le droit d'être entendues avant que ne soit prise une décision mais qu'elles ne peuvent prétendre à une audition verbale sauf dispositions légales contraires. L'article 42 qui concerne la participation des parties à l'administration des preuves, énonce que les parties ont le droit de participer à l'audition des témoins, à la comparution des personnes ordonnées par l'autorité ainsi qu'aux examens auxquels celle-ci procède.

e) En l'espèce, le message de la recourante selon lequel elle attendait une nouvelle convocation constitue une simple requête de preuve, laquelle n'équivaut pas à une demande formelle d'organiser des débats, dont la tenue n'apparaît en l'espèce pas nécessaire et aurait bien au contraire pour conséquence de retarder inutilement la notification de l'arrêt. Le Tribunal de céans observe à cet égard que la recourante a pu présenter ses arguments par écrit à maintes occasions dans la procédure de recours, tant dans l'acte de recours que dans ses écritures successives du 26 juin, du 4 juillet et du 8 août 2007 et a ainsi pu s'exprimer de manière exhaustive sur les motifs l'ayant conduite à recourir contre les décisions sur oppositions querellées, son audition n'étant pas à même d'apporter de nouveaux éléments. Preuve en est que la recourante a d'ailleurs renoncé à s'exprimer par écrit sur les déclarations de l'intimée lors de l'audience du 3 décembre 2007 - à laquelle elle avait été dûment convoquée - nonobstant l'invitation expresse du Tribunal dans ce sens. Au regard de l'exigence de la rapidité de la procédure (art. 61 let. a LPGA), et compte tenu d'une appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans estime qu'il convient de renoncer à la tenue d'une nouvelle audience.

4. Sur le fond, la recourante met en cause la facturation des participations à laquelle l'intimée a procédé en relation avec des prestations hospitalières et de pharmacie fournies en 2005 et en 2006, en particulier la mise à sa charge de la contribution forfaitaire de 10 fr. aux frais de séjour hospitalier. Elle se plaint également du fait que la caisse, par courrier du 30 septembre 2006, aurait décidé de suspendre la prise en charge des coûts des prestations, en la mettant ainsi dans une situation ambiguë.
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 126 V 265 consid. 3b et la référence, p. 268). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. 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 (ATFA non publié du 30 mars 2007, K 149/06, consid. 3). 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. 90 al. 3 OAMal). A ce titre, l'entrée en vigueur de la LPGA le 1er janvier 2003 (et l'abrogation de l'art. 88 LAMal) n'a apporté aucune modification au régime en vigueur jusqu'ici (ATFA non publié du 30 mars 2007, K 149/06, consid. 3). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilé 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 (ATFA non publié du 30 mars 2007, K 149/06, consid. 3 ; voir aussi ATF 131 V 147).

b) Préalablement à toute mesure d'exécution forcée, les assureurs sont tenus de réclamer le paiement de leurs prétentions par voie de sommation et d'agir ensuite, en cas d'inexécution, par la voie de la poursuite pour dettes selon la LP (ATF 131 V 147).

c) En l'espèce, il est établi que la caisse a dûment sommé l'assurée de s'acquitter des participations légales, avant d'engager les poursuites litigieuses. Chaque commandement de payer a en effet été précédé d'une série de factures, de rappels et de sommations. Ce point n'est du reste pas litigieux. La recourante conteste en revanche, principalement, la mise à sa charge de la taxe journalière de 10 fr en relation avec les hospitalisations intervenues en 2005 et en 2006. Elle fait valoir, à tout le moins de manière implicite, qu'elle pourrait se prévaloir d'un motif d'exemption de la contribution (recours, page 3 : « Il ne s'agit donc ni de franchise ni de quote-part au sens de l'art. 103 OAMal ; ce procédé d'encaissement est inacceptable dès lors qu'il prive l'assurée des droits qui relèvent de l'art. 104 al. 2 lettre a OAMal »). A cet égard, le Tribunal observe que la recourante, célibataire et sans enfant, est domiciliée auprès de M. C _____ avec lequel elle ferait donc ménage commun, sans toutefois entretenir un rapport relevant du droit de la famille. Dès lors, elle ne bénéficie a priori pas de l'exemption prévue par l'art. 104 al. 2 let. a OAMal. Il reste à examiner si en refusant d'exempter les personnes qui font ménage commun sans avoir de relation relevant du droit de la famille, le Conseil fédéral n'a pas outrepassé ses compétences ou violé la loi ou la Constitution.

6. a) Aux termes de l'art. 64 al. 2 LAMal, la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent cette franchise (quote-part). En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille (cf. art. 64 al. 5 LAMal), dont le montant est fixé par le Conseil fédéral. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 104 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 – OAMal, en vertu duquel le montant de la contribution journalière aux frais

de séjour hospitalier s'élève à 10 fr. Sont toutefois exemptés du paiement de cette contribution, notamment, les assurés qui vivent en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille (art. 104 al. 2 let. a OAMal).

b) De jurisprudence constante, le juge examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. En particulier, il exerce son contrôle sur les ordonnances (dépendantes) qui reposent sur une délégation législative. Lorsque celle-ci est relativement imprécise et que, par la force des choses, elle donne au Conseil fédéral un large pouvoir d'appréciation, le tribunal doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. A cet égard, une norme réglementaire viole l'interdiction de l'arbitraire ou le principe de l'égalité de traitement (art. 9 et art. 8 al. 1 Cst.) lorsqu'elle n'est pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs, qu'elle est dépourvue de sens et d'utilité ou qu'elle opère des distinctions juridiques que ne justifient pas les faits à réglementer. Dans l'examen auquel il procède à cette occasion, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause. Il doit au contraire se borner à vérifier si la disposition litigieuse est propre à réaliser objectivement le but visé par la loi, sans se soucier, en particulier, de savoir si elle constitue le moyen le mieux approprié pour atteindre ce but (ATF 130 I 32 consid. 2.1.1, 129 II 164 consid. 2.3, 129 V 271 consid. 4.1.1, 329 consid. 4.1 et les références; cf. aussi ATF 130 V 45 consid. 4.3).

c) Dans le cas d'un assuré divorcé, père de quatre enfants mais vivant seul, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'il ne pouvait pas se prévaloir de l'exonération prévue par l'art. 104 al. 2 let. a OAMal, dès lors que la condition de l'existence d'un ménage commun avec une ou plusieurs personnes faisait défaut, peu importe qu'il eut des obligations d'entretien vis-à-vis de ses enfants (ATF non publié du 6 mars 2006, K 121/01). A cette occasion, le Tribunal fédéral a rappelé que l'exemption prévue à l'art. 104 al. 2 let. a OAMal était conforme à la délégation législative contenue à l'art. 64 al. 5 LAMal. Quant au fait que cette réglementation était susceptible de défavoriser les personnes seules avec des charges de famille fondées sur le droit de la famille, on ne pouvait pas pour autant en conclure que le Conseil fédéral avait dépassé les pouvoirs conférés par la loi. Pour insatisfaisante que fût cette solution pour cette catégorie de personnes, cela n'était pas suffisant pour retenir que la disposition était contraire à la loi ou à la Constitution, les tribunaux n'ayant pas à se soucier de savoir si la solution adoptée par l'exécutif constitue le moyen le plus approprié pour atteindre le but fixé par la loi (ATFA non publié du 6 mars 2006, K 121/01, consid. 5.3).

e) Cette jurisprudence a été confirmée et précisée dans une affaire concernant une assurée majeure faisant ménage commun avec ses parents et qui demandait à être

exonérée de la contribution au séjour hospitalier (ATF non publié du 27 avril 2007, K 135/06). A cette occasion, le Tribunal fédéral a rappelé, d'une part, que l'art. 64 al. 5 LAMal, prévoyant une participation échelonnée selon les charges de famille, reposait sur l'idée que lors d'une hospitalisation, l'assureur prend à sa charge non seulement les soins médicaux mais également des frais de séjour et de ravitaillement, que les assurés assument normalement à leur domicile. En d'autres termes, le séjour hospitalier entraîne une épargne pour l'assuré, à l'origine du prélèvement d'une contribution journalière aux frais de séjour. Cette épargne apparaît plus importante lorsque l'assuré ne fait pas ménage commun avec d'autres personnes, ce qui explique l'exigence de l'existence d'un ménage commun pour bénéficiaire de l'exemption. Cela ne signifie toutefois pas, selon le Tribunal fédéral, que toutes les personnes qui font ménage commun avec d'autres sont exemptées de la contribution : l'art. 64 al. 5 LAMal se réfère en effet explicitement à la charge financière résultant d'une famille et non pas aux charges financières d'autres formes de cohabitation. En précisant que seuls les rapports relevant du droit de la famille donnent droit à l'exemption, l'exécutif a voulu clairement viser une exonération des enfants et de leurs parents, ce qui est le cas en présence d'enfants mineurs. En effet, l'hospitalisation du parent qui a la garde de l'enfant n'entraîne pas une épargne pour la famille, mais bien au contraire une augmentation des dépenses, dès lors que la prise en charge des enfants doit dans ces cas être organisée différemment. Il en va autrement lorsque les enfants sont adultes, travaillent et sont financièrement autonomes et qu'ils vivent chez leurs parents pour des raisons de convenance personnelle. Dans ce cas, ils sont en mesure de contribuer aux coûts du ménage et se trouvent ainsi dans une situation analogue à celles des personnes vivant seules ou avec d'autres personnes avec lesquelles elles n'entretiennent pas un rapport relevant du droit de la famille et qui ne sont pas exemptées de la contribution (ATF non publié du 27 avril 2007, K 135/06, consid. 2.7). Une relation relevant du droit de la famille au sens de l'art. 104 al. 2 let. b OAMal ne concerne donc que les rapports de famille au sens juridique du terme, la famille étant comprise dans le sens d'une communauté économique. En d'autres termes, il n'existe une relation relevant du droit de la famille au sens de cette disposition, qu'entre membres d'une même famille qui se trouvent dans un rapport d'entretien ou de soutien au sens du droit de la famille (art. 163, 276 ss, 328 ss CC).

f) Compte tenu de ces considérations, il apparaît que les assurés non mariés et sans enfant qui font ménage commun avec d'autres personnes avec lesquelles ils n'entretiennent pas un rapport d'entretien ou de soutien au sens du droit de la famille, singulièrement sans charges de famille au sens de l'article 64 alinéa 5 LAMal, n'ont pas droit à l'exonération de l'art. 104 al. 2 let. a OAMal, dont la légalité et la constitutionnalité ne prêtent pas le flanc à la critique selon le Tribunal fédéral. En tant que les factures de participation litigieuses mettent à la charge de la recourante une contribution de 10 fr. pour chaque jour d'hospitalisation, en sus de la franchise et de la quote-part (cf. art. 64 al. 2 let. b LAMal et 103 OAMal), elles

ne prêtent pas le flanc à la critique, la réalité des hospitalisations n'étant du reste pas mise en doute.

7. a) La recourante se plaint également du fait que l'intimée aurait mis à sa charge, en 2005 et en 2006, des montants supérieurs à la limite maximale de 1'000 fr. par an, au titre de participations.

b) Aux termes, de l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) jusqu'à concurrence de 700 fr. (art. 64 al. 2 et 3 LAMal et 103 al. 2 OAMal). La franchise légale, fixée par le Conseil fédéral, se monte à 300 fr. par année civile depuis le 1^{er} janvier 2004 (art. 103 al. 1 OAMal).

c) En cas d'hospitalisation, la contribution de 10 fr. aux frais de séjour hospitalier (taxe journalière) est facturée en sus et n'est pas comptabilisée dans le montant de la quote-part (art. 64 al. 5 LAMal et 103 al. 2 OAMal; EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, n° 1062 in: SBVR XIV-MEYER, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition). Ainsi, en cas de séjours hospitaliers, l'assuré peut être tenu de s'acquitter de contributions supérieures à la limite de 1'000 fr. par an.

d) En l'espèce, la recourante ayant souscrit la franchise ordinaire, elle était tenue de participer aux coûts des prestations de soins dont elle a bénéficié à hauteur d'au maximum 1'000 fr. par an, soit 300 fr. de franchise et 700 fr. de quote-part maximale. Toutefois, la caisse était fondée à lui facturer en sus la taxe journalière de 10 fr. pour chaque jour d'hospitalisation.

e) Il ressort à cet égard des décomptes établis par la caisse qu'en 2004, aucune taxe journalière n'a été facturée à la recourante, celle-ci n'ayant effectué aucun séjour hospitalier, raison pour laquelle les participations réclamées par la caisse n'ont pas outrepassé la limite de 1'000 fr. (pièce 62 de l'intimée). En 2005, l'assurée a été hospitalisée à sept reprises pour un total de 91 jours (pièce 63 de l'intimée), ce qui a conduit la caisse à lui facturer 910 fr. au titre de la taxe journalière, en sus des 1'000 fr. de participations légales (franchise et quote-part). En 2006, l'assurée a été hospitalisée à quatre reprises pour un séjour global de 46 jours, représentant 460 fr. de taxes journalières (pièce 64 de l'intimée).

f) Dans ces conditions, force est de constater que c'est à juste titre que l'assureur à facturé à la recourante les contributions aux séjours hospitaliers intervenus en 2005 et en 2006, en sus des participations légales (franchise et quote-part), la réalité des hospitalisations n'étant pas mise en cause. S'agissant des autres critiques formulées par la recourante à l'égard du bien fondé des hospitalisations, non volontaires, qu'elle a subies, le Tribunal de céans relève que ces griefs sont formulés sans faire référence à aucun élément concret et ne sont pas susceptibles de mettre en doute la régularité de la facturation opérée par l'intimée, qui est seule litigieuse en l'espèce.

8. a) En ce qui concerne les autres montants facturés à la recourante, à savoir notamment des participations aux frais de pharmacie, rien dans le dossier ne permet de mettre en doute la régularité de cette facturation, la recourante ne prétendant du reste pas le contraire. A cet égard, le Tribunal de céans rappelle que dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 125 V 193, consid. 2 ; ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer activement à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193, consid. 2; ATF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c et les références). Il leur incombe de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles (ATF 107 II 233 consid. 2c), dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193, consid. 2; ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

b) Dans la mesure où la réalité des médicaments fournis n'est pas mise en cause, la facturation de ces montants par l'intimée ne saurait être critiquée. Quant à l'argument selon lequel la recourante n'aurait pas eu la liberté d'acheter les médicaments auprès d'une pharmacie de son choix, auprès de laquelle elle aurait eu des conditions plus avantageuses, il n'est étayé par aucun élément concret et ne saurait dispenser la recourante du paiement des médicaments qui lui ont été fournis. De plus, ce grief ne saurait être adressé à l'encontre de l'assureur, qui n'est pas responsable du choix de la pharmacie. S'agissant des explications fournies par la caisse vis-à-vis de la refacturation de 250 fr. 80, rien au dossier ne permet de les contester. Partant, force est de constater que les participations facturées n'apparaissent pas critiquables.

c) Quant aux frais de rappel, de sommation et de poursuite facturées, le Tribunal de céans rappelle que de jurisprudence constante, un 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 lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais (qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter) soient imputables à une faute de l'intéressé. Une telle

mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés (ATF 125 V 276 ; ATF non publié du 5 juillet 2004, K 21/04, consid. 3). Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (art. 68 LP; consid. 2b de l'arrêt ATF 125 précité, publié dans la RAMA 1999 n° K 88 p. 442). En l'espèce, les frais de sommation, ainsi que les autres frais supplémentaires réclamés par l'intimée, dont le prélèvement est expressément prévu à l'art. 12 al. 2 let. a des conditions générales d'assurance, ne sont ni critiquables ni contestés. Il en va de même des frais de poursuite.

9. Dans un dernier moyen, la recourante fait encore grief à la caisse de lui avoir adressé en date du 30 octobre 2006 un courrier annonçant une suspension des prestations, au sens de l'art. 64a LAMal. En l'espèce, il ressort des explications fournies par l'intimée en audience (PV de l'audience de comparution personnelle du 3 décembre 2007) que la suspension des prestations annoncée en date du 30 octobre 2006 n'a pas été appliquée, l'assureur ayant continué à prendre en charge les prestations légales. Il ressort d'ailleurs des décomptes de prestations (pièces 64 et 65 intimée), que la caisse a effectivement pris en charge des factures des HUG et de la Pharmacie du X_____ -d'Arve afférentes à des traitements prodigués en novembre et en décembre 2006, soit postérieurement à l'annonce de la suspension des prestations, ce qui corrobore les explications fournies en audience. Dans ces conditions, le Tribunal de céans constate que le courrier du 30 octobre 2006 annonçant une suspension des prestations n'a pas déployé d'effets, les griefs à cet égard n'étant donc pas recevables.
10. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le