RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1632/2021 **ATAS/789/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 septembre 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, _____, à COLLEX — recourante

contre

C_____ SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE — intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 10 juillet 2007, Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée et la recourante), née en 1961, de nationalité brésilienne, mariée avec Monsieur B_____ (ressortissant suisse né en 1960; ci-après: la mari ou l'époux) avec lequel elle était domiciliée dans le canton de Genève (domicile conjugal), et arrivée en Suisse peu de temps auparavant, s'est affiliée à C_____ SA (ci-après: l'assurance-maladie, la caisse ou l'intimée) dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, avec une couverture des accidents et une franchise de CHF 2'500.-, avec effet à compter du 1er juillet 2007, pour une prime mensuelle de CHF 240.- (police n° 1_____).

Figure par ailleurs au dossier une "procuration" signée le 15 décembre 2009 par l'assurée devant un notaire dans le canton de Vaud, "[conférant] procuration avec pouvoirs de substitution à son époux […] aux fins de la représenter et d'agir en son nom pour tout ce qui concerne ses intérêts, biens, droits et affaires actuels et futurs, sans exceptions", le terme "notamment" suivant avec à sa suite de nombreux éléments ou exemples.

b. À teneur de la communication des primes 2020 par la caisse, celles-ci ont été fixées à CHF 354.- par mois moins la redistribution du produit des taxes environnementales à hauteur de CHF 6.45, soit CHF 347.55 mensuellement, toujours avec la couverture des accidents et la franchise de CHF 2'500.-, dans le cadre du modèle Pharmed (assurance obligatoire des soins, modèle alternatif avec médecin de famille et liste de pharmacies agréées).

c. En 2020, l'assurée s'est vue adresser par l'assureur-maladie les "rappels LAMal", accompagnés de relevés de compte, suivants: le 28 février 2020, CHF 695.10 pour les primes de janvier et février 2020; le 17 mars 2020, CHF 347.55 pour la prime de mars 2020 plus CHF 10.- de frais de rappel, soit au total CHF 357.55; le 29 mai 2020, CHF 695.10 pour les primes d'avril et de mai 2020 plus CHF 10.- de frais de rappel, soit au total CHF 705.10; le 16 juin 2020, CHF 347.55 pour la prime de juin 2020 plus CHF 10.- de frais de rappel, soit au total CHF 357.55.

d. Parallèlement, par lettre du 4 février 2020 à la caisse, l'époux, "en tant que mari et débiteur de la personne assurée", a contesté les prestations facturées par l'Hôpital D_____ (Fribourg; ci-après: l'hôpital fribourgeois), lesquelles faisaient l'objet d'un "décompte de prestations – tiers payant" que l'assurance-maladie avait adressé le 22 janvier 2022 à l'intéressée, et a écrit ce qui suit : "Les détails complets doivent me parvenir ces prochains jours, mais je peux déjà vous certifier que les éléments en ma possession comportent des anomalies". À teneur de ce décompte du 22 janvier 2020, la caisse avait payé à l'hôpital fribourgeois l'intégralité du montant de CHF 1'549.85 que ce dernier avait facturé pour un traitement du 1er novembre 2019, et, compte tenu de la franchise de CHF 2'500.-,

la participation de l'assurée s'élevait au même montant de CHF 1'549.75 (apparemment avec 10 centimes de moins que le montant versé audit hôpital).

Le 28 février 2020, la caisse a répondu prendre note de ce que l'assurée contestait la facture émise par l'hôpital fribourgeois et rester dans l'attente de ses explications, le délai de paiement du montant de CHF 1'549.85 ("décompte de prestations du 22 janvier 2020, concernant votre facturation franchise") étant ainsi repoussé jusqu'au 30 avril 2020 mais l'intéressée étant informée que, passé ce délai et sans nouvelles de sa part ou de la part de l'hôpital fribourgeois, il faudrait qu'elle règle ledit montant afin d'éviter d'éventuels frais de rappel. Il était enfin précisé que si le fournisseur de soins devait annuler cette facture après coup, l'assurance-maladie restituerait à l'assurée la participation payée à tort (par cette dernière).

Le 29 mars 2020, le mari a résumé la situation de l'assurée. Selon ses explications, celle-ci avait été admise aux urgences de l'hôpital fribourgeois le 1er novembre 2019, "suite à une aggravation inquiétante de vertiges persistants depuis une dizaine de jours", et elle était sortie de cet hôpital avec la recommandation de subir une IRM par le biais du médecin de famille; de retour à la maison, son état avait été stable, et elle avait pris la décision de ne pas reporter son vol en avion pour le Brésil qui était prévu pour la fin de semaine; dans ce pays, il lui avait été impossible d'obtenir un rendez-vous médical; en février 2020, elle avait repoussé son retour en Suisse pour Pâques, mais le COVID-19 avait remis ce projet en question; nonobstant ces péripéties, et la "machine à facturation, primes et rappels LAMal" étant "en branle", l'époux demandait à l'assurance-maladie "la suspension provisoire de ce processus jusqu'à éclaircissement du contentieux".

Le 29 avril 2020, la caisse a répondu qu'en raison des délais stricts imposés par les dispositions légales pour recouvrer les primes impayées, elle n'était malheureusement pas en mesure de reporter leur échéance et de bloquer l'envoi des rappels.

Par pli du 24 juillet 2020, l'époux a posé plusieurs questions à l'assurance-maladie, dont celle de savoir si l'hôpital fribourgeois avait annulé sa facture de CHF 1'549.85, de même que celle qui suit : "Suite à tout cela, puis à l'arrivée du COVID-19 ma femme vit dans la peur et l'incertitude au Brésil sans pronostic de retour en Suisse. À situation exceptionnelle, mesures exceptionnelles; pourquoi me saigner à payer des primes LAMal qui ne remboursent pas les frais médicaux à l'étranger ?".

Le 6 août 2020, la caisse, par son département "prestations", a répondu qu'elle n'avait pas reçu de nouvelles ("retour") de la part de l'hôpital fribourgeois et a invité l'assurée à reprendre contact avec cet hôpital afin de savoir où en était le traitement de ses doléances. Concernant ses autres interrogations, elles seraient traitées par les services concernés.

e. Entretemps, par "mise en demeure concernant la LAMal" du 30 juin 2020, la caisse a invité l'intéressée à lui verser, dans les trente jours, au moyen d'un bulletin de versement figurant en bas de page, la somme totale de CHF 1'082.65, comprenant, à teneur du relevé de compte annexé, les primes de janvier, février et mars 2020 plus CHF 10.- de frais de rappel et CHF 30.- de frais de sommation.

Par "mise en demeure concernant la LAMal" également du 30 juin 2020, l'assurance-maladie a invité l'intéressée à lui verser, dans le les trente jours, au moyen du bulletin de versement figurant en bas de page, la somme totale de CHF 1'092.65, correspondant, selon le relevé de compte annexé, aux primes de d'avril, mai et juin 2020 plus deux fois CHF 10.- de frais de rappel et une fois CHF 30.- de frais de sommation.

f. Le 18 août 2020 a été émis à l'encontre de l'assurée un commandement de payer la somme de CHF 2'085.30, correspondant aux primes de janvier à juin 2020, plus CHF 90.- de frais administratifs, ce à quoi s'ajoutaient encore les frais de poursuite de CHF 60.- (poursuite n° 2_____). Le 25 août suivant, l'époux a fait opposition totale.

g. Le 28 août 2020, le mari a rétorqué à la lettre de la caisse du 6 août 2020 que la suite de la procédure dépendait de l'assurance-maladie qui pouvait mettre fin au litige.

Le 17 septembre 2020, par son département "contentieux", l'assurance-maladie a répondu au courrier du 28 août 2020 de l'époux, en s'adressant à l'assurée. Elle a confirmé l'annulation et la radiation de la poursuite n° 2_____. Elle a rappelé que la contestation de l'intéressée portait sur le décompte de prestations du 22 janvier 2020, relatif à son traitement auprès de l'hôpital fribourgeois le 1er novembre 2019, ce décompte étant mis en suspens en attendant une suite à cette contestation. Elle a ajouté que ses "primes LAMAL 2020" étaient dues nonobstant son séjour au Brésil, "comme affirmé dans [sa] lettre du 29 avril 2020"; était dès lors joint un bulletin de versement y relatif, à payer à réception, avec la précision qu'à défaut de paiement d'ici le 25 septembre 2020, la caisse serait contrainte d'engager une nouvelle poursuite à son encontre.

h. À la suite d'une réquisition de poursuite formée le 10 août 2020 par la caisse, un commandement de payer la somme de CHF 2'085.30, correspondant aux primes de janvier à juin 2020, avec intérêt à 5 % dès le 15 mars 2020, plus CHF 90.- de frais administratifs, ce à quoi s'ajoutaient encore les frais de poursuite de CHF 60.- (poursuite n° 3_____), a été notifié à l'assurée et a été effectivement reçu le 14 août 2020 par l'époux, lequel a fait opposition le 16 octobre suivant.

B. **a.** Par "décision de mainlevée" rendue le 22 janvier 2021, l'assurance-maladie, constatant que le "solde dû à ce jour" de CHF 2'248.60 était resté "inacquitté", a levé l'opposition au commandement de payer de la poursuite n° 3_____ susmentionnée.

b. Par "opposition pour vice de forme", du 10 février 2021, l'intéressée, sous la signature de son époux, s'est plainte de ce que la caisse était "responsable de l'accablante situation encourue tout en l'espérant fortuite" et a fait part de son "doute" "qu'il soit d'usage légal, même dans le cas du système "tiers payant" d'acquitter une facture sans que l'assuré en ait eu connaissance, mais dans l'expectative je crierais au loup s'il en était ainsi", ajoutant notamment : "D'autre part, dès réception de ma lettre du 4 février 2020 un Assureur digne de ce rôle aurait dû s'enquérir de façon engagée face aux soucis de son client, surtout après l'avoir mis en porte-à-faux par les faits qui précèdent".

c. Le 17 février 2021 se référant à cette opposition, l'assurance-maladie a indiqué qu'en l'absence de paiement d'ici au 10 mars 2021, elle rendrait une décision sur opposition et a précisé que la facture de CHF 1'549.75 du 22 janvier 2020 (hôpital fribourgeois) ne faisait pas l'objet de cette procédure, la procédure relative à ladite facture étant actuellement suspendue.

d. Par décision sur opposition rendue le 22 avril 2021, la caisse a rejeté ladite opposition du 10 février 2021 et s'est déclarée fondée à requérir la continuation de la poursuite n° 3_____ pour le montant de CHF 2'175.30, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5 % sur le montant de CHF 2'085.30 dès le 15 mars 2020.

C. **a.** Par acte du 10 mai 2021, complété le 18 mai 2021 avec la transmission de la décision sur opposition querellée, sous la signature de l'époux, l'assurée a formé recours contre cette décision sur opposition.

Elle "ne [s'opposait] pas à un règlement proportionnel des primes réclamées, mais [déclarait] primordial de se replonger dans le contexte initial pré-COVID-19 pour valider [son] exacerbation (recte: exaspération) face à des faits inacceptables que l'on [tentait] de feindre alors qu'ils [méritaient] d'être dénoncés". Il était, selon la recourante représentée par le mari, indéniable que les trois protagonistes de cette affaire avaient fauté : l'hôpital fribourgeois, en tentant de camoufler une erreur de diagnostic; l'assurance-maladie, qui payait "sous couverture d'une convention perverse" avant que l'époux ait eu connaissance d'une quelconque facture, "plombant ainsi après trois mois l'éventualité pour le patient de contester aisément les faits reprochés"; le mari lui-même, qui, en tant que "simple jardinier", n'avait pas su réagir avec exactitude face à ce rouleau compresseur qui [pouvait] rendre paranoïaque". La motivation première de celui-ci "en bloquant les primes" résidait dans l'espoir de révéler les responsabilités, "maintenant elle [était] de plus dans la reconnaissance et la réparation des fautes". L'événement fâcheux à l'hôpital fribourgeois, l'incompréhensible manœuvre de l'intimée, la pandémie et le traitement médical en cours au Brésil avaient constitué une quadruple épreuve pour l'intéressée. Il en était appelé au bon sens de la chambre de céans "pour aboutir à une résolution équitable de cette situation très particulière".

Par écriture spontanée du 7 juin 2021, la recourante, toujours sous la plume du mari, a mentionné une convocation de l'office des poursuites avec avis de saisie, ainsi que le fait qu'elle se trouvait toujours au Brésil depuis le 10 novembre 2019, ne pouvant être contrainte de revenir en Suisse dans un bref délai, "qui plus est dans de telles conditions".

b. Par réponse du 4 juin 2021, à laquelle était entre autres annexé un "décompte 2020", l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, l'assurée n'ayant à ce jour pas réglé les primes de janvier à juin 2020, dont elle était débitrice.

c. Le 6 juillet 2021, l'assurée, dans le délai au 16 juillet 2021 qui lui avait été accordé par la chambre des assurances sociales pour éventuellement répliquer, a déposé une attestation de départ établie le 16 juin 2021 par l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après: l'OCPM), qui indiquait qu'elle avait résidé sur le territoire genevois depuis le 29 avril 2007 et avait annoncé son départ de celui-ci le 2 mai 2021 à destination du Brésil.

d. Par lettres du 16 mai 2022, la chambre de céans a demandé des parties la production du courrier de l'assurée du 4 février 2020 et ses éventuelles annexes, ainsi que tous autres courriers qui auraient été envoyés à la caisse par l'intéressée et/ou le mari ou d'éventuels prestataires de soins depuis le 1er juillet 2019. De même était sollicitée l'indication si, avant l'annonce de départ du territoire genevois le 2 mai 2021 (selon l'attestation de départ établie le 16 juin 2021 par l'OCPM et produite le 6 juillet 2021) et notamment en 2020, la recourante avait, ou non, durablement quitté son domicile en Suisse et avait créé un nouveau domicile à l'étranger (par exemple au Brésil), toutes explications, renseignements et pièces utiles à ce sujet et au sujet d'une éventuelle annonce sur ce point à l'intimée devant être présentés.

e. Le 28 mai 2022, l'époux a répondu, pour l'intéressée, par la négative à la question susmentionnée relative au domicile de celle-ci. Selon ses explications, avant la tourmente planétaire liée au COVID-19, l'intention première de l'assurée en allant au Brésil avait été de passer ses vacances annuelles auprès de sa famille comme elle l'avait fait durant une douzaine d'années, "donc sans préméditation des événements qui [avaient] suivi". Effectivement, de fait, elle avait durablement quitté la Suisse, mais aucunement dans le but de créer un nouveau domicile. Son vol de retour en Suisse était prévu début 2020, "mais le sort en [avait] décidé autrement".

Était à cet égard produit un écrit daté du 21 juin 2021 par lequel l'assurée, avec la signature de l'époux, avait demandé à la caisse d'en être radiée à la prochaine échéance, après avoir écrit ce qui suit : "Partie de Suisse en novembre 2019 pour passer des vacances au Brésil, je m'y suis finalement établie suivie d'une demande de départ ("D" définitif) avec changement de domicile, le tout validé par l'OCPM de l'Etat de Genève en date du 16 mai 2021".

À cette pièce s'ajoutaient des courriers de l'intéressée, sous la signature du mari, des 30 janvier, 26 mars et 28 septembre 2020 demandant le dossier complet à l'hôpital fribourgeois.

f. Le 3 juin 2022, l'intimée a produit les pièces requises par le courrier de la chambre des assurances sociales du 16 mai 2022.

g. Par écriture du 17 juin 2022, toujours sous la signature de l'époux, la recourante a maintenu "sa contestation", estimant que la question de la facture de l'hôpital fribourgeois et son opposition aux poursuites diligentées contre elle par la caisse étaient liées et ne formaient qu'une seule affaire.

h. En réponse à une lettre de la chambre de céans du 20 juin 2022, l'intimée a, par écriture du 1er juillet 2022, confirmé sa proposition de paiement échelonné par la recourante, ainsi que sa position selon laquelle il appartenait à l'époux de prendre directement contact avec l'hôpital fribourgeois, fournisseur de soins.

i. Au titre de détermination quant à cette dernière écriture de l'assurance-maladie, l'intéressée, toujours par l'intermédiaire du mari, a déposé, au greffe de la chambre des assurances sociales, une copie du courrier de l'époux adressé le 16 juillet 2022 à la caisse et refusant sa proposition de paiement échelonné et sollicitant un "arrangement viable" tenant compte de la globalité du litige.

j. Le 29 juillet 2022, l'intimée a indiqué qu'aucun arrangement n'avait pu être trouvé.

k. Par pli du 3 août 2022, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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 dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA, 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05] et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

3.

3.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées; ATAS/742/2021 du 6 juillet 2021 consid. 4a).

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées; ATAS/742/2021 précité consid. 4a). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références).

3.2 En l'occurrence, le recours de l'intéressée a pour objet la contestation de l'entier de la décision sur opposition rendue le 22 avril 2022 par l'assurance-maladie qui se déclare fondée à requérir la continuation de la poursuite n° 3_____ pour le montant de CHF 2'175.30 comprenant les primes de janvier à juin 2020 et les frais administratifs, auxquels s'ajoutent les intérêts moratoires (de 5 % l'an) – mais frais de poursuite non compris –, sommes considérées comme dues par la caisse. L'objet de la contestation et l'objet du litige sont ainsi identiques.

La recourante cherche en outre à lier à cet objet du litige sa contestation de l'obligation de participer, en l'absence de dépassement de sa franchise, au coût du traitement du 1er novembre 2019 facturé à concurrence de CHF 1'549.85 par l'hôpital fribourgeois. Elle vise apparemment soit à bloquer le règlement des primes dues jusqu'à renonciation par l'intimée à lui demander cette participation aux coûts d'une prestation médicale, soit à ce que la chambre de céans statue sur le principe et l'étendue de ladite participation ou ordonne à l'intimée de statuer sur celle-ci. Ce point sera examiné plus bas.

4.

4.1 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).

Aux termes de l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (al. 1). L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) sont tenues de s'assurer, conformément à l'art. 3 LAMal (cf. aussi art. 13 al. 1 LPGA).

Aux termes de l'art. 23 CC, le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir; le séjour dans une institution de formation ou le placement dans un établissement d'éducation, un home, un hôpital ou une maison de détention ne constitue en soi pas le domicile (al. 1). Nul ne peut avoir en même temps plusieurs domiciles (al. 2). En vertu de l'art. 24 CC, toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (al. 1). Le lieu où elle réside est considéré comme son domicile, lorsque l'existence d'un domicile antérieur ne peut être établie ou lorsqu'elle a quitté son domicile à l'étranger et n'en a pas acquis un nouveau en Suisse (al. 2).

La notion de domicile comporte donc deux éléments : l'un objectif, la résidence, soit un séjour d'une certaine durée dans un endroit donné et la création en ce lieu de rapports assez étroits ; l'autre, l'intention d'y résider, soit de se fixer pour une certaine durée au lieu de sa résidence qui doit être reconnaissable pour les tiers et donc ressortir de circonstances extérieures et objectives. Cette intention implique la volonté manifestée de faire d'un lieu le centre de ses relations personnelles et professionnelles. Le domicile d'une personne se trouve ainsi au lieu avec lequel elle a les relations les plus étroites, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 136 II 405 consid. 4.3 et les arrêts cités). Le lieu où les papiers d'identité ont été déposés ou celui figurant dans des documents administratifs, comme des attestations de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales constituent des indices qui ne sauraient toutefois l'emporter sur le lieu où se focalise un maximum d'éléments concernant la vie personnelle, sociale et professionnelle de l'intéressé (ATF 125 III 100 consid. 3). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (ATF 125 III 100 consid. 3).

4.2 En l'espèce, questionnée par la chambre des assurances sociales concernant son domicile dont la notion – rappelée au consid. 4.1 ci-dessus – était précisée

dans la lettre de ladite chambre, l'assurée, sous la plume du mari, a répondu qu'avant l'annonce de départ du territoire genevois le 2 mai 2021 (selon l'attestation de départ établie le 16 juin 2021 par l'OCPM) et notamment en 2020, elle n'avait pas durablement quitté son domicile en Suisse ni n'avait créé un nouveau domicile à l'étranger (par exemple au Brésil).

Ce à juste titre, dans la mesure où, selon les explications claires de l'époux, l'intention de résider en Suisse, soit de s'y fixer pour une certaine durée, qui devait être reconnaissable pour les tiers et donc ressortir de circonstances extérieures et objectives, n'apparaît pas avoir été modifiée à tout le moins avant la fin du premier semestre 2020, période présentement litigieuse.

5.

5.1 L'obligation faite à toute personne domiciliée en Suisse de s'assurer pour les soins en cas de maladie implique l'obligation de payer des primes (art. 61 al. 1 LAMal ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2021 du 2 février 2022 consid. 5). L'obligation de payer les primes constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; RJAM 1981 p. 61; ATAS/718/2022 du 19 août 2022 consid. 7.1).

Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal; ATAS/718/2022 précité consid. 7).

En vertu de l'art. 61 al. 1 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.

Par ailleurs, selon l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend: a. un montant fixe par année (franchise); et b. 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part; al. 2).

5.2 Dans le cas présent, il est incontesté – et même revendiqué par l'époux – que les primes selon l'art. 61 al. 1 LAMal pour les mois de janvier à juin 2020, pourtant dues et échues, n'ont pas été acquittées.

6.

6.1 À teneur de l'art. 64a al. 1 LAMal – seule disposition légale figurant dans la section 3a « non-paiement des primes et des participations aux coûts » –, 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 trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (selon l'al. 2 ci-après).

L'art. 26 al. 1 LPGA (1ère phrase) 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 rémunératoires.

L'art. 105a OAMal – qui se trouve dans la section 3a « non-paiement des primes et des participations aux coûts » comme les art. 105b à 105m – prescrit que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année.

Conformément à l'art. 105b OAMal – dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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).

Les délais de l'art. 105b 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. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64a al. 2 LAMal ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64a al. 4 LAMal). L'art. 105b al. 1 et 2 OAMal vise en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêts du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.2 et 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3). En outre, selon la jurisprudence, les frais au sens de l'art. 105b al. 2 OAMal, 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).

L'art. 105c OAMal – en vigueur depuis le 1er janvier 2012 et intitulé "exclusion de la compensation" – précise quant à lui que l'assureur ne peut pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui lui sont dues.

6.2 En vertu de l'art. 64a al. 2 LAMal, si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes – dont le principe est réglé par l'art. 61 LAMal et qui doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90

OAMal) –, les participations aux coûts – objet de l'art. 64 LAMal – 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.

Si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1), 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 – aussi – simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux – ici la chambre de céans – en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

6.3 En l'occurrence, après l'exigibilité des primes mensuelles dues pour janvier à juin 2020, l'intimée a tout d'abord adressé à la recourante des "rappels LAMal", puis, le 30 juin 2020, deux sommations au sens des art. 64a LAMal et 105b OAMal (sous l'appellation "mise en demeure concernant la LAMal"). Vu l'absence de tout paiement par l'assurée, l'assurance-maladie a ensuite introduit des poursuites selon la LP à l'encontre de celle-ci, dont elle a levé l'opposition à son commandement de payer (poursuite n° 3_____) par décision – initiale – ("décision de mainlevée") du 22 janvier 2021 puis par décision sur opposition rendue le 22 avril 2021, la chambre de céans étant le juge ordinaire au sens de l'art. 79 LP compétent pour confirmer ou non la levée de ladite opposition au commandement de payer en plus de trancher le fond.

Ces démarches ont été accomplies par la caisse, quant à la forme et au fond, de manière conforme au droit, ce que l'intéressée ne conteste du reste pas.

En particulier, les montants qui font l'objet de ladite poursuite doivent être confirmés. En effet, la somme totale des primes dues se monte bien à CHF 2'085.30, soit six fois la prime mensuelle de CHF 347.55. En outre, le montant des frais administratifs de CHF 90.- (qui comprennent ici trois frais de rappel et deux de sommation) réclamés correspondent aux montants de CHF 10.- de frais de rappel et de CHF 30.- de frais de sommation prévus par l'art. 6.3 des "Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal" (ci-après : les conditions générales) de l'intimée entrées en vigueur le 1er janvier 2018, comme cela ressort aussi du "décompte 2020" produit avec la réponse au fond de celle-ci, et il est approprié au sens de l'art. 105b al. 2 OAMal. Enfin, la date de départ de l'intérêt moratoire de 5 % sur les six primes en cause, fixée par la caisse au 15 mars 2020 en application des art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal, correspond à l'échéance moyenne, et ne prête pas le flanc à la critique.

7.

7.1 Selon la doctrine et la jurisprudence, la compensation de créances réciproques constitue un principe juridique général, ancré en droit privé aux art. 120 ss du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO - RS 220), qui trouve application en droit administratif. En droit des assurances sociales plus particulièrement, le principe est reconnu, même dans les branches de ce droit qui ne le prévoient pas expressément (ATF 132 V 127 consid. 6.1.1 ; ATF 128 V 50 consid. 4a et 224 consid. 3b ainsi que les références). De manière générale, la compensation en droit public - et donc notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (ATF 130 V 505 consid. 2.4 ; ATF 128 V 228 consid. 3b ; VSI 1994 p. 217 consid. 3). Il convient de faire une réserve à l'application analogique de l'art. 120 CO en droit public, s'agissant du droit d'invoquer la créance en compensation. L'art. 125 ch. 3 CO interdit, en effet, à un privé d'éteindre par compensation une créance dérivant du droit public en faveur de l'État et des communes, contre leur volonté. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs-maladies jouissent d'un privilège identique (ATF 110 V 183 consid. 3 ; ATAS/205/2021 du 8 mars 2021 consid. 6b/aa; Milan KRYKA, Die Verrechnung in Konkurs, Nachlassverfahren und Konkursaufschub, in SSHW - Schweizer Schriften zum Handels- und Wirtschaftsrecht, 2011, n. 302, p. 22).

7.2 En l'espèce, en cherchant à bloquer le règlement des primes de janvier à juin 2020 dues jusqu'à renonciation par l'intimée à lui réclamer la participation, en l'absence de dépassement de sa franchise, au coût du traitement du 1er novembre 2019 facturé à concurrence de CHF 1'549.85 par l'hôpital fribourgeois, la recourante ne fait pas valoir une créance – qui seule pourrait être éventuellement à la base d'une compensation en application de l'art. 120 CO –, dans la mesure où

cette participation est bien plutôt une créance de l'intimée à son encontre en vertu de l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal.

Au demeurant, même si elle avait disposé d'une créance à l'encontre de la caisse, l'intéressée n'était quoi qu'il en soit pas en droit de s'abstenir de payer les primes pour les mois de janvier à juin 2020 et d'opposer la compensation. En effet, l'art. 125 ch. 3 CO et la jurisprudence y relative prévoient qu'un particulier ne peut éteindre sa dette, par compensation, contre la volonté de son assurance-maladie. Or, l'art. 7.2 des conditions générales de l'intimée entrées en vigueur le 1er janvier 2018 prévoit expressément que l'assuré ne dispose d'aucun droit de compensation de ses dettes avec ses créances à l'encontre de l'assurance-maladie. En d'autres termes, l'intimée refuse par principe la compensation (ATAS/205/2021 précité consid. 6c) et a du reste explicitement refusé dans le cas présent tout conditionnement du paiement des primes au règlement de la question de la participation aux coûts.

L'assurée ne peut en conséquence tirer dans le cadre du présent litige aucun argument ou conclusion en sa faveur de sa contestation de sa participation à la facture de l'hôpital fribourgeois.

8.

8.1 Dans l'hypothèse où les griefs de la recourante relatifs à sa participation, en l'absence de dépassement de sa franchise, au coût du traitement du 1er novembre 2019 facturé à concurrence de CHF 1'549.85 par l'hôpital fribourgeois tendaient à ce que la chambre de céans statue sur le principe et l'étendue de cette participation ou – plutôt – ordonne à l'intimée de statuer sur celle-ci, ladite chambre ne pourrait en tout état de cause pas être compétente pour statuer sur une telle demande et cette dernière serait irrecevable.

Ceci vaut y compris en référence éventuellement à l'art. 56 al. 2 LPGA, à teneur duquel le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (déni de justice).

8.2 En effet, d'une part, aucune règle de droit ne prévoit une éventuelle compétence de la chambre de céans pour statuer sur un éventuel différend entre l'assurée et l'hôpital fribourgeois (fournisseur de soins) relativement à une facturation pour des soins.

D'autre, part, la participation au coût du traitement de l'hôpital fribourgeois ne constitue pas une prestation (de quelque nature que ce soit) que l'intéressée réclamerait de la caisse, mais une dette de la recourante à l'égard de l'intimée dont cette dernière a jusqu'à présent suspendu l'exigence de paiement dans l'attente en particulier d'une clarification ou d'une issue apparemment quant à la contestation de l'assurée auprès de l'hôpital fribourgeois au sujet de la facture de ce dernier.

8.3 On peut se référer, à tout le moins par analogie, à l'art. 49 al. 2 LPGA, en vertu duquel, si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation.

Or, selon la jurisprudence, un intérêt digne d'être protégé au sens de cet art. 49 al. 2 LPGA existe lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence de l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 142 V 2 consid. 1.1; Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Commentaire romande, LPGA, 2018, n. 23 ad art. 49 LPGA).

8.4 En l'espèce, on ne voit pas quel intérêt digne d'être protégé aurait la recourante, par l'intermédiaire de l'époux, pour réclamer le prononcé par l'intimée d'une décision au sujet de sa participation au coût du traitement auprès de l'hôpital fribourgeois. Elle doit en effet prendre en considération le fait que le montant de CHF 1'549.85 (ou CHF 1'549.75) pourrait le cas échéant être à nouveau réclamé par l'assurance-maladie dans un futur plus ou moins proche, et la suspension actuelle de cette réclamation par la caisse apparaît être dans l'intérêt de l'intéressée.

9. Vu ce qui précède, la décision sur opposition querellée est en tous points conforme au droit, et le recours, dans la mesure où il est recevable, doit être rejeté.

10. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Rejette, dans la mesure où il est recevable, le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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