

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/185/2019

ATAS/744/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 août 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) s'est affilié à l'assurance obligatoire des soins auprès d'Avenir Assurance Maladie SA (ci-après Avenir) à compter du 1er janvier 2009 en signant le formulaire d'adhésion le 6 novembre 2008.
2. À teneur du certificat d'assurance 2018, la prime mensuelle à sa charge s'élevait à CHF 502.50.-.
3. Le 28 juin 2018, l'assuré a déposé au Tribunal civil de Genève une plainte contre harcèlement, discrimination sociale contre travailleur indépendant, abus de position et mise en danger de la vie d'un concitoyen. Il demandait le remboursement de la totalité des primes payées depuis l'ouverture du contrat ainsi que des dommages et intérêts pour tous les préjudices subis, soit CHF 100'000.- contre le directeur général d'Avenir et un membre de direction.

Il indiquait être un travailleur indépendant et honnête. Après avoir été technicien dentiste indépendant, il avait changé d'activité et était maintenant parfumeur. Cela prenait un peu de temps pour se développer. Il était harcelé par Avenir qui essayait de le mettre en faillite depuis une année, parce qu'il n'arrivait plus à payer l'assurance de base. Ces gens qui se cachaient derrière des articles de loi le rendaient malade (grave hypertension) petit à petit et l'empêchaient de payer ses impôts et autres assurances importantes et obligatoires.

L'assurance de base n'était pas bien. Il en avait marre de payer des milliers de francs chaque année pour rien du tout et avait le sentiment de se faire plumer par l'assurance, arnaquer et voler. Il paraissait que c'était légal et fédéral. Quand il regardait ce qu'il avait payé sur quinze ans, cela ressemblait à de l'extorsion.

Il avait donné à la Suisse, pays de ses origines paternelles, sa vie en émigrant à Genève en 2003, et en faisant des dents avait rendu le sourire aux gens avec succès. Il était devenu pauvre avec son métier de technicien dentiste et maintenant on essayait encore de détruire sa nouvelle entreprise en plein développement. L'assurance-maladie rendait les clients malades et les excluait de la société, tout en s'appuyant sur l'État pour récupérer encore plus d'argent. Il demandait à Avenir le remboursement de la totalité des primes payées depuis l'ouverture du contrat, des dommages et intérêts financiers de CHF 100'000.- comme compensation pour tous les soucis qu'elle lui avait fait subir ainsi que pour sa santé, soit les conséquences futures du stress occasionné, qui amenait des maladies chroniques et mortelles. On devait avoir la liberté et le choix de se soigner comme on le voulait dans un pays démocratique.

4. Par jugement du 12 juillet 2018, le Tribunal civil, statuant par voie de procédure sommaire, a déclaré l'assuré en état de faillite dès le 12 juillet 2018, suite à la requête déposée le 25 mai 2018 par l'assurance.

5. La chambre civile de la Cour de justice a, par arrêt du 24 septembre 2018, déclaré irrecevable le recours interjeté par l'assuré contre le jugement du 12 juillet 2018.
6. Le 14 décembre 2018, Avenir a rendu une décision formelle suite à la correspondance de l'assuré du 28 juin 2018. Sur la base du dossier, rien ne permettait d'affirmer qu'il aurait subi un tort moral ou un dommage quelconque qui pourrait être imputable à l'assurance en application de l'art. 78 LPGA. Celui qui prétendait avoir subi un dommage devait le prouver et démontrer le lien de causalité entre la prétendue violation contractuelle de l'assurance-maladie et le préjudice subi. En conclusion, Avenir constatait avoir entrepris toutes les démarches nécessaires à l'encaissement des primes conformément aux dispositions légales en la matière. Elle n'avait donc pas causé de tort moral à l'assuré, mais s'était, au contraire, efforcée de régler au mieux le litige. Aucun dommage n'avait donc été causé illicitement par elle et aucune indemnité ne serait versée. S'agissant d'une décision au sens de l'art. 78 LPGA, la voie de l'opposition n'était pas ouverte. La présente décision entraine donc en force. Les dispositions de l'art. 56 LPGA s'appliquaient. Il en résultait que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'était pas ouverte étaient sujettes à recours.
7. Le 19 décembre 2018, l'assuré a adressé un courriel à l'assurance accusant réception de sa décision. Il ne comprenait pas pourquoi ils étaient en procédure judiciaire. L'assurance privée l'avait harcelé et mis sur la paille. Elle lui avait occasionné des milliers de frais et des soucis permanents. L'assurance devait être proportionnelle au revenu. Il pouvait accepter un arrangement amical de CHF 60'000.-.
8. Le 16 janvier 2019, Avenir a transmis le courriel précité de l'assuré à la chambre des assurances sociales pour raison de compétence.
9. La chambre de céans a demandé à l'assuré de bien vouloir lui confirmer par retour du courrier qu'il avait bien l'intention d'interjeter recours contre la décision du 14 décembre 2018 et, cas échéant, de régulariser son recours.
10. Le 23 janvier 2019, l'assuré a confirmé son recours persistant à demander un dédommagement de CHF 100'000.- à l'assurance et être prêt à accepter un arrangement pour CHF 60'000.-, plus les frais de justice à hauteur de CHF 6'000.-. Il ne s'agissait pas d'un tort moral mais de discriminations financière, sociale et matérielle. Avenir le harcelait et le déstabilisait pour l'assurance maladie obligatoire non proportionnelle au revenu.
11. Par réponse du 19 février 2019, Avenir a conclu au rejet du recours, faisant valoir qu'elle n'avait commis aucun acte illicite. Quand bien même l'obligation de payer les primes d'avance pouvait mettre l'assuré dans de sérieuses difficultés financières, il ne pouvait refuser de payer ses primes. Pour remédier à cette situation, le législateur avait chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de telle manière que les ayants

droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal ; Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998, FF 1999 775). Les assureurs étaient tenus par le droit fédéral d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues, dès lors que celles-ci étaient échues (arrêt du Tribunal fédéral 9C_5/2008 du 13 février 2008 consid. 1.4 ; RAMA 2006 p. 325).

En application de l'art. 64a al. 1 LAMal, lorsque l'assuré n'avait pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoyait une sommation précédée au moins d'un rappel écrit. Il lui impartissait un délai de trente jours et l'informait des conséquences d'un retard de paiement. Si malgré la sommation, l'assuré ne payait pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur devait engager des poursuites (art. 64a al. 2 LAMal).

Selon une jurisprudence constante (ATF 121 V 110), le financement de l'assurance-maladie sociale reposait sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépendait donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers étaient ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Les assureurs n'étaient pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts, notamment au motif qu'il était possible ou même probable qu'un assuré soit finalement totalement ou partiellement subventionné. Au contraire et selon les principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils étaient tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la loi sur les poursuites et faillites. L'assuré n'avait pas démontré qu'il ne devait pas les montants requis. Avenir avait donc agi en totale conformité avec les prescriptions légales et jurisprudentielles. Aucun dommage n'avait été ainsi causé à l'assuré et aucune indemnité ne devait lui être versée. L'assuré n'avait de toute manière pas subi de dommage en l'espèce.

12. Sur ce la cause a été 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 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. Selon l'art. 3 al. 1 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.

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. 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).

Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1).

Selon l'art. 105b OAMal, 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).

Selon l'art. 78, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement par un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). Les dispositions de la présente loi s'appliquent à la procédure prévue aux al. 1 et 3. Il n'y a pas de procédure d'opposition (al. 4 phr. 1).

3. En l'espèce, le recourant ne peut se prévaloir d'un dommage, dès lors qu'il est affilié à l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée, qui était tenue d'entreprendre les démarches nécessaires à l'encaissement des primes et d'engager

des poursuites si l'assuré ne payait pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, malgré une sommation (art. 64a al. 2 LAMal). C'est donc à juste titre que l'assureur a rejeté la demande de l'assuré.

4. Infondé, le recours sera rejeté.
5. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À 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 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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