

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1965/2024

ATAS/917/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 novembre 2024**

**Chambre 15**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

**ASSURA-BASIS SA**

intimée

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente ; Yves MABILLARD et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1962, est assuré depuis 1996 auprès d'ASSURA-BASIS SA (ci-après : l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins et pour des assurances complémentaires.
  - b.** L'assuré souffre d'une grave maladie depuis 2023 et a été hospitalisé durant de nombreux mois. Il a dès lors mis en place un ordre permanent en vue du paiement de ses primes d'assurance-maladie en début d'année 2023. Il a ensuite opté pour les e-factures fin avril 2023 avec effet dès le 1<sup>er</sup> mai 2023.
  - c.** Le 28 septembre 2023, l'assureur a adressé à son assuré un avis de suspension concernant son assurance complémentaire, au motif qu'un montant de CHF 256.10 n'avait pas été payé pour les primes de juillet et d'août 2023.
  - d.** Par courrier du 11 octobre 2023, l'assuré a demandé à son assureur de lui fournir notamment toutes les données de son dossier depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il contestait n'avoir pas payé les primes d'assurance de juillet et août 2023. Au contraire, il avait payé à deux reprises, soit les 30 juin et 31 juillet 2023, un montant de CHF 602.55 pour ses primes d'assurance obligatoire et complémentaire des mois de juillet et août 2023 par ordre permanent.
  - e.** Par courrier du 23 novembre 2023, faute de réponse de l'assureur, l'assuré a requis le prononcé d'une décision et a réitéré sa demande de renseignements. Il avait pu avoir accès à l'application de l'assureur grâce à l'aide d'un ami et indiquait dès lors compenser la facture du 28 septembre 2023 (réf. 1 \_\_\_\_\_) avec le paiement du même montant (CHF 602.55) qu'il avait fait le 1<sup>er</sup> novembre 2023.
  - f.** Par courrier du 10 janvier 2024, l'assuré a réitéré sa demande de décision formelle en annonçant qu'il recourrait pour déni de justice à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) en l'absence de réponse au 18 janvier 2024.
  - g.** Par pli daté du 22 janvier 2024, l'assureur a indiqué à son assuré qu'en raison d'un dysfonctionnement interne ses courriers n'avaient pas été transmis au conseiller en protection de données et au responsable du service juridique. Ces derniers lui présentaient leurs vives excuses et lui indiquaient qu'une réponse lui serait donnée le 15 février 2024.
- B.**
- a.** Par acte du 24 janvier 2024, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours pour déni de justice.
  - b.** Le 26 janvier 2024, l'assuré a fait parvenir une nouvelle écriture à la chambre de céans dans laquelle il expliquait avoir mis en demeure son assureur à plusieurs reprises de lui expliquer pourquoi ce dernier sollicitait des paiements de prime pourtant déjà effectués. Il avait finalement appris par téléphone que ses paiements n'étaient pas comptabilisés par l'assureur, car ils avaient été faits par ordres

---

permanents. Il sollicitait que son assureur produise toutes les pénalités qu'il lui avait facturées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour pouvoir chiffrer ses conclusions en paiement pour enrichissement illégitime.

c. Le 6 février 2024, l'assureur a rendu une décision formelle destinée à son assuré dans laquelle il exposait avoir bien reçu ses paiements par ordres permanents que l'assuré estimait avoir faits en faveur du paiement de ses primes mensuelles. Ceux-ci ayant été faits sur la base d'une unique référence valable une fois pour le premier paiement (janvier 2023), les montants crédités par la suite ont été affectés aux créances les plus anciennes (notamment les créances pour le paiement des participations légales à la charge de l'assuré) conformément à la loi (art. 87 al. 1 du Code des obligations). Pour répondre à sa demande, l'assureur avait cependant désormais « ventilé » les montants pour les primes dues et annulé tous les rappels, sommations et frais y afférents. Toutes les primes étaient dès lors à jour jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2024. En refaisant le décompte des créances, hors primes, ouvertes, l'assureur indiquait à l'assuré que ce dernier devait :

Décompte de prestations	participations légales dues	solde dû
31.01.2023	CHF 133.95	CHF 120.85*

Le montant de CHF 133.95 avait été facturé par l'hôpital de la Tour, et payé par l'assureur alors que la franchise de CHF 700.- n'était pas encore épuisée, de sorte que l'assuré était tenu de rembourser l'assureur à cette hauteur.

\*Étant précisé qu'un montant de CHF 13.10 avait été payé par l'assuré le 01.12.2023

01.02.2023	CHF 388.05	CHF 388.05
------------	------------	------------

Un montant de CHF 586.10 avait été payé au fournisseur de soins (hôpital de la Tour) alors que la franchise n'était pas encore épuisée, de sorte que l'assuré devait encore rembourser à son assureur CHF 388.05.

15.02.2023	CHF 674.45	CHF 674.45
------------	------------	------------

Un montant de CHF 7'920.75 avait été payé au fournisseur de soins (hôpital de la Tour) alors que la franchise n'était pas encore épuisée, de sorte que l'assuré devait encore rembourser à son assureur CHF 674.45.

24.03.2023	CHF 13.70	CHF 13.70
------------	-----------	-----------

Un montant de CHF 137.10 avait été payé au fournisseur de soins (hôpital de la Tour). La quote-part de CHF 13.70 restait à la charge de l'assuré qui devait dès lors rembourser à son assureur CHF 13.70.

Au 26 janvier 2024, les créances suivantes restaient ainsi à être payées CHF 120.85, CHF 388.05, CHF 674.45, CHF 13.70, soit CHF 1'197.05 d'ici au 25 février 2024.

En outre, une participation légale de CHF 304.05 (facture des HUG et de l'hôpital de la Tour d'un montant total de CHF 13'941.65 sur lequel la participation de l'assuré était de CHF 135.- pour la contribution hospitalière et de CHF 169.05 pour la franchise) avait fait l'objet d'un décompte du 23 janvier 2024 et était payable au 21 février 2024.

Quant à la demande de renseignements, les pièces parviendraient à l'assuré par courrier séparé d'ici le 15 février 2024.

**d.** Les 6 et 20 février 2024, l'assuré a encore adressé des écritures à la chambre de céans dans lesquelles il rappelait être toujours hospitalisé après avoir subi une lourde opération de la gorge.

**e.** Par acte du 23 février 2024, l'assureur a fait parvenir sa réponse en exposant avoir rendu la décision attendue le 6 février 2024 et avoir en sus accepté de donner l'accès complet au dossier de son assuré, ce qui rendait sans objet le recours de ce dernier.

**f.** Par arrêt séparé, la chambre de céans a statué sur le recours du 24 janvier 2024 (cause A/268/2024). Elle n'a pas retenu de déni de justice, la décision sollicitée le 23 novembre 2023 ayant été rendue le 6 février 2024, soit sous moins de trois mois.

**g.** L'assuré a également fait opposition à la décision du 6 février 2024.

**h.** Par décision du 14 mai 2024, l'assureur a rejeté l'opposition. Dans sa décision du 6 février 2024, il avait donné les explications sollicitées par son assuré et rappelait à ce dernier avoir annulé tous les rappels et sommations et les frais y relatifs.

**C. a.** Par acte du 4 juin 2024, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 14 mai 2024, dont il sollicitait préalablement le versement à la cause précédente (A/268/2024), l'annulation et la reprise de l'instruction. Sur le fond, il sollicitait que la chambre de céans astreigne l'assureur à produire « le relevé de toutes les pénalités, par CHF 10.-, 30.-, ou tout autre montant résultant de ses conditions générales, spéciales, ou de sa pratique propre, ainsi que de tous les intérêts moratoires prélevés » à ses dépens depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 rétroactivement, lui accorder un délai pour chiffrer sa créance fondée, sans préjudice de toutes autres qualifications, sur les règles de l'enrichissement illégitime et de l'acte illicite et condamner l'assureur au paiement du montant ainsi chiffré de sa créance, sous suite de frais et dépens.

**b.** Par acte du 6 août 2024, l'assureur a indiqué qu'il n'y avait plus d'intérêt à ce que la ventilation des ordres permanents donnés par l'assuré avant le 1<sup>er</sup> mai 2023 soit qualifiée au regard de l'art. 87 CO, leur ventilation ayant été corrigée à la demande de l'assuré, lequel avait d'ailleurs opté pour le e-banking dès le 1<sup>er</sup> mai 2023, ce qui évitait toute erreur. L'assuré avait pu avoir accès à son dossier sur les dix dernières années. Annuler la décision du 14 mai 2024 et partant celle du

6 février 2024 reviendrait à faire renaître les factures de primes et les frais de rappels et de sommations, ce qui serait contraire aux intérêts de l'assuré qui a sollicité et obtenu de l'assureur que les montants versés sur la base d'un ordre permanent en 2023 soit affectés en priorité à ses factures de primes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et que tous les frais soient annulés. L'assureur ayant fait droit aux demandes de l'assuré, le recours de ce dernier n'avait plus d'objet. La demande de l'assuré tendant à l'accès à son dossier avait été également traitée par le préposé. Cela étant, l'assuré ne pouvait pas remettre en cause le principe de la sécurité du droit en contestant d'éventuelles pénalités facturées et acquittées durant les dix dernières années sans les avoir contestées en temps utile, étant précisé que l'assuré était désormais à jour quant à ses paiements de primes et que les frais de rappels et sommations de 2023 avaient été annulés.

c. À l'issue de l'échange d'écritures, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

**1.3** La question de l'intérêt digne de protection de l'assuré à recourir contre une décision par laquelle l'assureur a fait droit à sa demande de prise en compte du paiement de ses primes 2023 en priorité sur les autres factures ouvertes et a annulé tous les frais de rappels et sommations y relatifs peut se poser. Elle peut cependant rester ouverte, dans la mesure où le recours est manifestement infondé pour les motifs qui suivent.

**1.4** Le recourant sollicite préliminairement l'annulation de la décision du 14 mai 2024 et sur le fond que la chambre de céans astreigne l'intimée à verser à la procédure « le relevé de toutes les pénalités, par CHF 10.-, 30.-, ou tout autre montant résultant de ses conditions générales, spéciales, ou de sa pratique propre, ainsi que de tous les intérêts moratoires prélevés à ses dépens depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 rétroactivement, lui accorde un délai pour chiffrer sa créance fondée, sans préjudice de toutes autres qualifications, sur les règles de l'enrichissement

illégitime et de l'acte illicite et condamne l'assureur au paiement du montant ainsi chiffré de sa créance, sous suite de frais et dépens ».

**1.5** Il sied de rappeler que la décision sur opposition du 14 mai 2024 représente l'objet de la contestation.

Par cette décision, l'intimée a rejeté l'opposition du recourant contre sa décision du 6 février 2024 par laquelle elle indiquait à l'assuré avoir « ventilé » les paiements de l'assuré (ordre permanent sur la base de la facture de prime de juillet 2023) en faveur de ses primes d'assurances obligatoire et complémentaires (à jour jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2024) sur l'année 2023, et avoir annulé tous les rappels, sommations et frais y relatifs.

L'objet du litige, limité par l'objet de la contestation, ne peut dès lors porter que sur l'annulation de la décision sur opposition confirmant la décision du 6 février 2024, soit sur les primes et frais éventuellement facturés sans tenir compte des primes que l'assuré a payées par ordre permanent en 2023.

Le litige ne saurait remonter au 1<sup>er</sup> janvier 2014. En effet, l'objet du litige introduit devant la chambre dépasse les limites des points réglés par la décision sur opposition querellée, donc de l'objet de la contestation.

**1.6** La conclusion tendant à ce que l'intimée verse à la procédure « le relevé de toutes les pénalités, par CHF 10.-, 30.-, ou tout autre montant résultant de ses conditions générales, spéciales, ou de sa pratique propre, ainsi que de tous les intérêts moratoires prélevés » à ses dépens depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 rétroactivement, se révèle quant à elle être une mesure d'instruction inutile à laquelle il ne sera pas donné suite.

En effet, d'une part, le litige est circonscrit à la décision du 14 mai 2024 (années 2023 et 2024) dont les pièces pertinentes pour statuer sur le recours sont au dossier, et, d'autre part, parce que le droit d'accès au dossier a fait l'objet d'une décision séparée par laquelle le préposé a accordé l'accès au dossier au recourant sur la base de la loi fédérale sur la protection des données du 25 septembre 2020 (LPD – RS 235.1), l'examen de cette décision n'étant en tout état pas du ressort de la chambre de céans.

## 2.

**2.1** 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 (art. 3 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal, RS 832.10]).

**2.2** L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 phr. 1 LAMal). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal, RS 832.102]). 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; art. 64 al. 1 et 2 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 (art. 64a al. 1 LAMal). 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 paiements éventuels (art. 105b al. 1 OAMal). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (art. 64a al. 2 phr. 1 LAMal).

**2.3** En application de l'art. 1 al. 1 LAMal en relation avec l'art. 26 al. 1 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour les primes échues. Le taux s'élève à 5% par année (art. 105a OAMal). 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 (art. 105b al. 2 OAMal, anciennement art. 105b al. 3 OAMal en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; cf. ATF 125 V 276).

**2.4** Aux termes de l'art. 86 CO, le débiteur qui a plusieurs dettes à payer au même créancier a le droit de déclarer, lors du paiement, laquelle il entend acquitter (al. 1). Faute de déclaration de sa part, le paiement est imputé sur la dette que le créancier désigne dans la quittance, si le débiteur ne s'y oppose immédiatement (al. 2). Ainsi, comme l'a relevé le Tribunal fédéral (arrêt K 89/04 du 18 mai 2005 c. 4; SVR 2000 AHV n° 13 c. 2) quant à l'application de ces dispositions en matière d'assurances sociales), le débiteur exerce son choix par une déclaration, soit par un acte juridique unilatéral soumis à réception. Cette déclaration interviendra normalement lors du paiement (art. 86 al. 1 CO), mais peut aussi intervenir avant celui-ci ; le débiteur peut également se réserver le droit d'une détermination ultérieure. Il appartient au débiteur d'établir l'existence d'une déclaration d'imputation de sa part et sa conformité avec la prestation litigieuse.

**2.5** Enfin, à teneur de l'art. 87 al. 1 CO, lorsqu'il n'existe pas de déclaration valable, ou que la quittance ne porte aucune imputation, le paiement s'impute sur la dette exigible ; si plusieurs dettes sont exigibles, sur celle qui a donné lieu aux premières poursuites contre le débiteur ; s'il n'y a pas eu de poursuites, sur la dette échue la première.

### 3.

**3.1** En l'occurrence, l'assuré a fait un ordre permanent afin d'acquitter ses primes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire au début 2023 sur la base d'un bulletin de paiement valable uniquement une fois. L'assuré n'a pas fait de déclaration au moment des paiements sur l'affectation de ceux-ci aux primes.

C'est dès lors la raison pour laquelle l'intimée a fait application des art. 86 et 87 CO et a crédité les montants reçus au fur et à mesure sur les factures ouvertes les plus anciennes, notamment les participations légales sur les soins, et ce conformément à la jurisprudence ci-dessus.

**3.2** Sur demande de l'assuré, l'intimée a toutefois recrédité ces montants sur les seules dettes de primes échues et a constaté que celles-ci étaient entièrement payées jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2024. Ce faisant, elle a également annulé les frais de rappels, ce qu'elle a indiqué au recourant et ce qui est vérifiable sur l'extrait de comptes pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2024 produite en pièce 16. Les frais de rappels d'un montant total de CHF 120.- (2x CHF 40.- + 4 x CHF 10.-, facturés respectivement les 28.09.2023, 30.10.2023, 08.01.2024 et 29.04.2024) ont été annulés (« amortissement manuel créance ») les 30.11.2023 (CHF 40.- et 2x CHF 10.-), 01.12.2023 (CHF 40.-), 26.01.2024 (CHF 10.-), et 03.05.2024 (CHF 10.-).

Le grief du recourant quant à la ventilation de ses paiements par ordre permanent, aux frais de rappels et de sommations est ainsi infondé.

**3.3** Les factures de primes ayant été considérées comme payées *a posteriori* sur la base de la demande du recourant, certaines factures qui avaient été considérées comme payées par le versement des montants des primes ont été réouvertes. Il s'agissait d'un montant de CHF 133.95 facturé le 26 janvier 2024 par l'hôpital de la Tour et payé par l'assureur alors que la franchise de CHF 700.- n'était pas encore épuisée, de sorte que l'assuré était tenu de rembourser l'assureur à cette hauteur. Un montant de CHF 13.10 ayant été payé par l'assuré le 1<sup>er</sup> décembre 2023, seul le solde était exigible (CHF 120.85). Il s'agissait ensuite du solde d'une facture de CHF 586.10 facturé le 1<sup>er</sup> février 2023 par l'hôpital de la Tour, soit CHF 388.05 à charge de l'assuré ; du solde de la facture du 15 février 2023 de l'hôpital de la Tour de CHF 7'920.75 à charge de l'assuré à hauteur de CHF 674.45 ; la quote-part de CHF 13.70 à charge de l'assuré sur la facture du 24 mars 2023 d'un montant de CHF 137.10 avait été payé à l'hôpital de la Tour. La quote-part de CHF 13.70 restait à la charge de l'assuré qui devait dès lors rembourser à son assureur CHF 13.70.

Le montant de CHF 1'197.05 acquitté par le recourant était ainsi également bien fondé.

Pour ces motifs, le recours doit être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

**Statuant**

1. Rejette 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

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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