RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2089/2019 **ATAS/718/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino RENDA — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant) et Madame B_____ ont deux fils, C_____ et D_____, nés, respectivement, le _____ 2001 et le _____ 2006, qui sont, depuis le 1er janvier 2009, assurés au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès de Avenir assurance maladie SA (ci-après : Avenir ou l'intimée), à l'instar de leurs parents.

b. Par courrier du 8 octobre 2010, Avenir a fait savoir à Mme B_____ que les contrats d'assurance des enfants seraient, conformément à sa requête, dégroupés du contrat de l'intéressé, dès le mois d'octobre 2010, et groupés avec celui de la mère, après que cette dernière ait informé l'assurance, quelques jours plus tôt, de la séparation des époux, depuis le 11 mai 2010, de sa nouvelle adresse et du fait qu'elle avait la garde des enfants, en précisant que le père consentait au dégroupement des contrats.

c. L'intéressé a résilié son affiliation auprès de Avenir, avec effet au 31 décembre 2010.

d. Entre novembre 2010 et mai 2015, Avenir a, à réitérées reprises, demandé au service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM) de lui transmettre les coordonnées de Mme B_____ et des deux enfants, car la distribution des courriers à l'adresse communiquée par la mère, à la rue E_____ à Carouge, était impossible. À chaque fois, le SAM lui a répondu que ladite adresse demeurait inchangée.

e. Le 25 juin 2015, Avenir a sollicité du SAM la radiation des enfants de l'effectif de ses assurés à partir du 31 juillet 2012 vu les nombreuses recherches d'adresse infructueuses les concernant.

f. Le 21 décembre 2015, le SAM n'a pas donné une suite favorable à cette requête ; indiquant, qu'après vérification, il s'avérait que les enfants étaient domiciliés à la rue F_____, à Carouge.

g. Le 1er juin 2016, le SAM a informé Avenir du départ de Mme B_____ à l'étranger le 31 août 2012.

h. Après que Avenir ait encore interpellé le SAM, afin de retrouver l'adresse de Mme B_____ et des enfants, les 20 février et 31 août 2017, celui-ci lui a répété que la mère était partie à l'étranger le 31 août 2012 et que les deux fils étaient domiciliés à la rue F_____, à Carouge, comme l'intéressé, selon les informations que le SAM avait fournies à Avenir le 17 mai 2017.

B. **a.** Le 3 octobre 2017, Avenir a envoyé à l'intéressé les certificats d'assurance des deux enfants pour l'année 2018.

b. Le 4 juin 2018, Avenir à transmis à l'intéressé la facture de primes des deux enfants relatives aux mois de juillet à septembre 2018. Le montant mensuel s'élevait à CHF 127.10 par enfant.

c. En réponse à un courrier de l'intéressé du 25 juin 2018, Avenir a indiqué à ce dernier, par courrier du 17 juillet 2018, que les enfants lui étaient affiliés depuis le 1er janvier 2009, sans interruption. L'assureur a joint les attestations d'assurance et prié l'intéressé de bien vouloir les remettre à la caisse-maladie Concordia, auprès de laquelle l'intéressé et les deux enfants sont assurés depuis le 1er janvier 2015.

d. Le 21 septembre 2018, Avenir a adressé à l'intéressé un rappel pour les primes impayées des enfants afférentes aux mois de juillet à septembre 2018, suivi le 24 octobre 2018, de trois sommations. Les frais de rappel s'élevaient à CHF 10.- et les frais de sommation à CHF 30.-.

e. Le 19 décembre 2018, Avenir a fait notifier à l'intéressé par l'intermédiaire de l'office des poursuites du canton de Genève, un commandement de payer, poursuite n° 1_____ , portant sur les montants de CHF 762.60 pour les primes des enfants impayées de juillet à septembre 2018 avec intérêt à 5 % dès le 10 décembre 2018, de CHF 180.- pour les frais administratifs, et de CHF 13.80 pour les intérêts échus (montants auxquels les frais du commandement de payer de CHF 40.- n'étaient pas inclus). L'intéressé a formé opposition au commandement de payer.

f. Par décision du 9 janvier 2019, confirmée sur opposition le 17 avril 2019, et assorties d'un retrait de l'effet suspensif, Avenir a entièrement levé l'opposition audit commandement de payer à hauteur de CHF 942.60, montant comprenant les primes impayées de CHF 762.60, les frais de sommation de CHF 90.- et les frais d'ouverture de dossier de CHF 90.-.

C. **a.** Par acte du 28 mai 2019, l'intéressé, par l'intermédiaire de son avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre la décision sur opposition précitée, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif à son recours, à l'audition de témoins (en particulier du courtier d'assurance et/ou du collaborateur de l'intimée ayant établi les contrats d'assurance en cause) et à la mise en œuvre d'une expertise graphologique, principalement, à l'annulation de cette décision, à la radiation de toute poursuite à son encontre fondée sur les contrats d'assurance incriminés, ainsi qu'au remboursement de toute somme qu'il avait payée à l'intimée, y compris par la voie de saisie, sur la base de ces contrats, et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée, pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

En substance, le recourant faisait valoir que ses enfants et lui-même étaient assurés auprès de l'assurance-maladie Concordia depuis plusieurs années et que les contrats sur la base desquels les primes de ses enfants lui étaient réclamées par

l'intimée étaient des faux, car sa signature sur ces documents avait été « grossièrement imitée » par un tiers.

b. Le 13 juin 2019, l'intimée s'est déterminée sur la restitution de l'effet suspensif au recours.

c. Par arrêt incident du 17 juin 2019 (ATAS/526/2019), la chambre de céans a restitué l'effet suspensif au recours.

d. Dans sa réponse sur le fond du 22 juillet 2019, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

e. Dans sa réplique du 15 novembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

f. Dans sa duplique du 5 décembre 2019, l'intimée a également maintenu sa position.

g. Par courrier du 6 décembre 2019, la chambre de céans a informé le recourant qu'en l'état du dossier, elle estimait qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour justifier qu'elle dénonçât les faits invoqués par celui-ci (prétendue imitation de la signature) au Ministère public. Elle invitait le recourant à l'avertir spontanément de toute dénonciation ou plainte pénale qu'il déposerait, en rapport avec ses allégations, ainsi qu'à lui communiquer tout document attestant de son autorité parentale sur ses enfants.

h. Le 10 janvier 2020, le recourant a transmis le jugement du Tribunal de première instance (ci-après : TPI) du 3 octobre 2019 (JTPI/13973/2019) par lequel cette autorité a, entre autres, dissout par le divorce le mariage contracté par les époux A_____ et B_____, attribué au père l'autorité parentale ainsi que la garde sur l'enfant Richard (encore mineur, à l'inverse du frère aîné devenu majeur), et dispensé, en l'état, la mère de contribuer à l'entretien des enfants. La partie « en fait » de ce jugement mentionne que par jugement sur mesures protectrices de l'union conjugale du 28 janvier 2015, le TPI a en particulier donné acte aux époux de ce qu'ils vivaient séparés depuis le mois de mai 2010, confié au père l'autorité parentale et la garde des enfants, et dispensé, en l'état, la mère de toute contribution d'entretien au profit des enfants.

i. À la demande de la chambre de céans, le 30 janvier 2020, l'intimée a versé au dossier le relevé des prestations médicales qu'elle avait remboursées en faveur des enfants du 23 novembre 2010 au 18 janvier 2013, en joignant la demande de prise en charge de prestations des 31 janvier et 2 mars 2011 émanant de Mme B_____, ainsi que les factures et les justificatifs de remboursement établis par les fournisseurs de prestations (médecins, pharmacie).

j. Le 11 février 2020, l'intimée a fait savoir à la chambre de céans qu'une procédure pénale était en cours, raison pour laquelle elle a requis la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu au pénal.

k. Le 27 février 2020, le recourant, tout en confirmant le dépôt de la plainte pénale, a pris la même conclusion.

l. Par ordonnance du 3 mars 2020, la chambre de céans a suspendu l'instruction du recours, d'accord entre les parties.

m. La procédure pénale étant encore en cours, aux dires du recourant, la chambre de céans a prolongé la suspension de l'instruction du recours d'accord entre les parties (l'intimée ne s'y opposant pas, par pli du 17 mars 2021), par ordonnance du 31 mars 2021.

n. Le 4 avril 2022, la chambre de céans a informé les parties avoir décidé de reprendre l'instruction du recours à compter du 1er avril 2022.

o. Sur demande de la chambre de céans, le 20 avril 2022, l'intimée a indiqué que l'agent d'assurance qui avait fait remplir et signer les contrats d'assurance sur lesquels elle fondait ses prétentions, avait collaboré en son sein, de 2008 à 2011. La résiliation de la convention de collaboration avait été motivée pour des raisons d'insolvabilité de celui-ci. Elle n'avait pas déposé plainte pénale contre lui ; hormis le présent dossier litigieux (au sujet duquel elle n'avait pas – encore – été entendue par le Ministère public), elle n'avait enregistré aucune réclamation en lien avec cet agent.

p. Invité à se déterminer, le 25 mai 2022, le recourant a déclaré n'avoir pas de remarque à formuler.

q. Le 2 juin 2022, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue, lors de laquelle l'avocat du recourant, qui était absent, a affirmé n'avoir pu joindre son client, ni par téléphone, ni par courrier. La représentante de l'intimée a quant à elle indiqué, en particulier, que lorsque le recourant avait résilié son assurance de base, au 31 décembre 2010, il n'avait pas résilié celle de ses enfants.

r. Le 15 juin 2022, l'intimée a informé la chambre de céans, à la demande de cette dernière, que le recourant avait été affilié auprès de Helsana pour l'assurance obligatoire des soins à compter du 1er janvier 2011.

s. Sur demande de la chambre de céans, le 23 juin 2022, Concordia lui a confirmé que le recourant et ses deux enfants étaient affiliés pour les assurances de base (et complémentaires) auprès de sa compagnie d'assurance, depuis le 1er janvier 2015. Elle a joint leurs polices d'assurance entrées en vigueur au 1er janvier 2022.

t. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte uniquement sur le bien-fondé de la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 1_____, à hauteur de CHF 942.60, correspondant aux primes de l'assurance obligatoire des soins des deux fils du recourant relatives aux mois de juillet à septembre 2018 (CHF 762.60), plus intérêts à 5 % dès le 10 décembre 2018, ainsi qu'aux frais administratifs (CHF 180.-).

6. 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). 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. 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_203/2021du 2 février 2022 consid. 5).

7. 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).

7.1 Aux termes de l'art. 61 al. 1 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. 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 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois

(art. 90 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]).

7.2 Selon l'art. 64a LAMal, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2012, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit, et lui impartit un délai de trente jours en l'informant des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). 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 (al. 2 ab initio).

L'art. 26 al. 1 LPGA 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.

À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année.

L'art. 105b OAMal stipule que 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 la jurisprudence, de tels frais, 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).

7.3 Les assureurs ne sont pas libres de recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.63/05 du 26 juin 2006 consid. 6.2). 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 (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 simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales est le juge ordinaire selon l'art. 79 LP et il a qualité pour lever une opposition à la poursuite en statuant sur le fond (ATF 109 V 46 consid. 4).

8. Aux termes de l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption d'assurance (al. 5). En dérogation à l'art. 7 LAMal, qui fixe les conditions de résiliation, l'art. 64a al. 6 LAMal limite le droit de l'assuré de changer d'assurance lorsqu'il est en retard de payer intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. En d'autres termes, la loi interdit à l'assuré en retard de paiement à l'égard de son assurance-maladie de changer d'assureur (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2019 du 19 décembre 2019 consid. 3.4).

9. Le paiement des primes de l'enfant incombe aux parents qui pourvoient à son entretien, conformément à l'art. 276 al. 1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.46/01 du 5 mars 2002 consid. 2). En leur qualité de représentants légaux (art. 304 CC), les parents sont tenus selon la loi d'assurer leurs enfants pour les soins en cas de maladie (art. 3 al. 1 LAMal), en concluant, à leur nom et pour leur compte, un contrat d'assurance avec l'assureur de leur choix. Sont débiteurs à l'égard de l'assureur non seulement l'enfant mineur, en sa qualité de preneur d'assurance, mais également les parents, à titre solidaire, dès lors que les cotisations d'assurance et les participations aux coûts relèvent des besoins courants de la famille au sens de

l'art. 166 CC (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.132/01 du 18 février 2002 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_660/2007 du 25 avril 2008 consid. 3.2). La responsabilité solidaire des parents prend fin de plein droit à la majorité de l'enfant concerné. Les assureurs n'en demeurent pas moins libres de poursuivre l'enfant pour les coûts échus avant sa majorité, la solidarité parentale ne libérant pas l'enfant de sa propre responsabilité à l'égard de l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_660/2007 précité consid. 3.2)

9.1 La question de savoir à qui incombe l'obligation de payer les primes des enfants mineurs en cas de dissolution du ménage commun ne semble pas définitivement réglée. La pratique laisse subsister la responsabilité solidaire des parents pour les primes des enfants, jusqu'à la séparation prononcée par le juge. Si les parents concluent l'assurance obligatoire des soins pour leurs enfants mineurs, les deux parents stipulent tacitement, avec l'assureur-maladie, qu'ils sont débiteurs des primes des enfants, aussi longtemps que dure le mariage et jusqu'à la majorité. Cet accord subsiste au-delà d'une séparation de fait des époux. Pour la période qui suit la séparation judiciaire, l'obligation de payer lesdites primes est régie par les décisions judiciaires y relatives. En règle générale, le débiteur de la prime est celui qui détient l'autorité parentale et qui a la garde de l'enfant (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2016, n. 1316).

9.2 Si un époux répond, à l'égard d'une caisse-maladie, solidairement en vertu de l'art. 166 al. 1 et 3 CC de dettes de cotisations de l'autre époux (ATF 129 V 90), et que la suspension de la vie commune met fin à la solidarité même pour des prestations (en l'occurrence des primes) fondées sur des rapports contractuels durables conclus alors que la vie commune existait encore (arrêt du Tribunal fédéral K.140/01 du 16 décembre 2003 in RAMA 2004 KV 278 149 et in SVR 2004 KV n° 10 p. 33 ; arrêt du Tribunal fédéral K.114/03 du 22 juillet 2005 in SVR 2006 KV n° 11 p. 32), il en va différemment de la responsabilité solidaire des parents qui ne prend pas fin en cas de séparation du ménage, de sorte que les primes des enfants mineurs communs restent dues par les deux parents (Ivo BÜHLER/ Cliff EGLE, in Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n. 25 ad art. 64a LAMal).

10. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. En l'espèce, le recourant conteste devoir payer les montants réclamés par l'intimée, au motif, d'une part, que ses enfants sont assurés auprès de Concordia depuis plusieurs années au titre de l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, qu'il n'a pas signé les contrats d'assurance sur la base desquels l'intimée lui exige le paiement des primes des enfants en souffrance. Il ajoute n'avoir pas été informé par l'intimée, ou par son ex-épouse, ou par toute autre tiers de la conclusion des assurances en cause auprès de l'intimée, avant l'envoi par cette dernière des factures de rappel.

11.1 Il est incontestable que les deux enfants du recourant, domiciliés en Suisse, sont soumis à l'assurance obligatoire des soins conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal. Il ressort du dossier qu'ils sont affiliés auprès de l'intimée depuis le 1er janvier 2009 (attestations des 27 novembre 2008 communiquées par l'intimée au précédent assureur-maladie Assura ; dossier intimée, pièces 5 et 6 ; certificats d'assurance 2009 et les suivants), et que celle-ci a remboursé les frais médicaux pour les soins prodigués aux enfants entre novembre 2010 et janvier 2013 (relevés des prestations médicales dispensées transmis à la chambre de céans le 30 janvier 2020 et les annexes).

11.1.1 La question de savoir si la signature du recourant apposée le 19 novembre 2008 sur les contrats d'assurance des deux enfants (dossier intimée, pièces 1 et 2) a été imitée par un tiers, comme celui-ci le prétend, peut demeurer indécise dans le cadre de la présente procédure.

En effet, on ne voit pas qui d'autre, à part la mère ou le père, aurait pu conclure une assurance de base pour ces enfants. Ainsi, même en reprenant les allégations du recourant selon lesquelles les contrats d'assurance des deux enfants auraient été signés par son épouse, en imitant sa propre signature, il n'en reste pas moins que les père et mère sont, dans les limites de leur autorité parentale, les représentants légaux de leurs enfants à l'égard des tiers (art. 304 al. 1 CC). Lorsque les père et mère sont tous deux détenteurs de l'autorité parentale – ce qui était le cas en l'espèce lors de la conclusion des contrats en novembre 2008 (voir art. 297 al. 1 CC dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1978 au 30 juin 2014) –, les tiers de bonne foi peuvent présumer que chaque parent agit avec le consentement de l'autre (art. 304 al. 2 CC), ce d'autant plus dans le cadre de la conclusion d'une assurance qui est obligatoire. Dès lors que les certificats d'assurance des enfants 2009 et 2010 avaient été adressés au recourant (pièces 7 et 8), qui à ce moment vivait avec son épouse (la mère), et qu'il n'avait pas contesté leur exactitude à l'époque, il y a lieu d'admettre que celle-ci avait agi avec le consentement du père. En conséquence, les enfants étaient bel et bien liés à l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1er janvier 2009, sans que l'affiliation ne prenne fin dans l'intervalle selon les modalités prévues par la loi (art. 7 LAMal).

De toute manière, comme les primes d'assurance obligatoire des soins des enfants font partie des besoins courants de la famille au sens de l'art. 166 CC, les parents en répondent solidairement, étant rappelé que ce sont les deux parents qui stipulent tacitement à l'égard de l'assureur-maladie qu'ils sont débiteurs des primes des enfants (consid. 9.1 ci-dessus). Aussi, tant la mère que le recourant (père), étaient-ils codébiteurs solidaires des primes des enfants mineurs à l'égard de l'intimée, y compris pendant la période où le couple s'était séparé de fait (consid. 9.1 et 9.2 ci-dessus) et que les courriers et remboursements avaient été adressés à la mère.

En tous les cas, pendant la période litigieuse s'étendant de juillet à septembre 2018 – durant laquelle l'autorité parentale et la garde des enfants ont été confiées au recourant par le TPI et la mère dispensée de toute contribution d'entretien au profit des enfants (jugement du 3 octobre 2019 ; consid. 9.1 ci-dessus) –, l'intimée pouvait exiger du recourant le paiement des primes des enfants en souffrance.

11.1.2 C'est en vain que le recourant se prévaut du fait que les enfants sont affiliés au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès d'un autre assureur-maladie depuis le 1er janvier 2015.

En effet, il y a lieu de rappeler qu'un changement d'assureur ne peut intervenir, comme dans le présent cas, tant que l'intégralité des montants dus n'est pas réglée (art. 64a al. 6 LAMal). En cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire de soins, une double assurance est exclue ; le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur peut seulement débuter lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4).

En l'occurrence, le rapport d'assurance entre les enfants et Concordia ne pouvait pas débuter dès lors que le rapport contractuel qui lie les enfants à l'intimée, depuis le 1er janvier 2009, ne pouvait pas encore prendre fin.

11.2 Au vu de ce qui précède, le recourant est bien redevable du paiement des primes des deux enfants, pour les mois de juillet à septembre 2018. Étant donné que la double assurance n'est pas possible en matière d'assurance obligatoire des soins, il appartiendra au recourant de s'adresser à Concordia, afin d'obtenir, le cas échéant, la restitution du montant des primes des enfants payées à double.

12. En l'absence de paiement des primes litigieuses, l'intimée était incontestablement en droit de poursuivre le recourant pour le montant des factures impayées (soit CHF 127.10 par mois et par enfant × 3 mois en souffrance = CHF 762.60, comme elle l'a retenu). En outre, elle était habilitée à lever elle-même l'opposition formée au commandement de payer, puisqu'elle a respecté la procédure prescrite pour le recouvrement de ses créances.

12.1 S'agissant des frais de rappel et de sommation, il convient de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 2 OAMal, à teneur duquel 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.

L'intimée était, en l'occurrence, fondée à en exiger le paiement, dans la mesure où leur perception est prévue par l'art. 3 ch. 1 de ses dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, édition 1er avril 2016, aux termes duquel l'assuré paie ses primes à l'avance. Il en est lui-même le débiteur. Les primes, les franchises ou les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée sur la facture. Passé ce délai, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites.

Le recourant ne s'est pas acquitté des primes litigieuses dues, malgré les rappels et sommations pour chaque facture, de sorte qu'il a occasionné fautivement les frais administratifs. Il est ainsi incontestable que la poursuite n° 1_____ résulte de son comportement fautif.

12.2 Reste à examiner si les frais administratifs pris en considération par l'intimée sont excessifs.

12.2.1 Selon la jurisprudence, l'assureur peut émettre des règles autonomes quant aux frais de sommation et des frais supplémentaires perçus en cas de demeure de l'assuré, pour autant que ces coûts aient été causés par l'assuré et que le dédommagement soit approprié (ATF 125 V 276 consid. 2c/bb). En d'autres termes, l'assurance doit s'en tenir au principe d'équivalence, qui exige qu'un émolument ne soit pas en disproportion manifeste, par rapport au paiement en souffrance et reste dans des limites raisonnables (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 et les références).

12.2.2 Dans le cadre de l'appréciation du principe d'équivalence, le Tribunal fédéral a considéré que des frais de rappel de CHF 160.- (plus CHF 30.- de frais de dossier) prélevés pour des factures impayées d'un montant total de l'ordre de CHF 2'130.- environ, restaient proportionnés, même s'il s'agissait d'un cas limite (arrêt K.112/05 du 2 février 2006 consid. 4.3). Il a retenu que des frais de rappel et de dossier s'élevant à CHF 300.- pour des retards de paiements, à hauteur de CHF 4'346.70, restaient également dans les limites acceptables au vu des circonstances (arrêt K.76/03 du 9 août 2005 consid. 3). S'agissant de frais de rappel de CHF 480.- pour des factures de CHF 1'025.25, de CHF 280.- pour des frais de CHF 735.60, de CHF 280.- pour des factures de CHF 549.95, notre Haute Cour a considéré que les frais de rappel n'étaient plus dans une proportion raisonnable par rapport aux paiements de primes en retard, puisqu'ils représentaient de 40 % à 50 % des primes impayées. Sans définir le ratio acceptable entre montant impayé et frais de rappel, le Tribunal fédéral a retenu que dans ce cas, le principe d'équivalence était clairement violé au vu des circonstances concrètes. Il a ainsi confirmé la réduction par l'instance inférieure des frais de rappel à CHF 120.- pour des impayés de CHF 549.95 et de

CHF 735.60, et à CHF 240.- pour des impayés de CHF 1'025.25, en soulignant qu'il s'agissait là de frais qui restaient relativement élevés, sans qu'on puisse toutefois parler de disproportion manifeste (arrêt du Tribunal fédéral 9C_873/2015 du 4 février 2016 consid. 4.2.1 et 4.2.3).

Dans un arrêt ATAS/375/2021 du 26 avril 2021 (consid. 8), la chambre de céans a réduit à 24,75 % les frais de rappel qui se montaient initialement à 36 % du montant réclamé.

12.2.3 En l'espèce, les frais administratifs requis par l'intimée à hauteur de CHF 180.- (comprenant les frais de sommation de CHF 90.- et les frais d'ouverture de dossier de CHF 90.-) représentent 23,60 % des arriérés de primes (CHF 762.60). Par conséquent, au vu de la jurisprudence susmentionnée, ils n'apparaissent pas disproportionnés, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les réduire.

12.3 S'agissant des intérêts moratoires, c'est à bon droit que l'intimée a réclamé le versement d'intérêts à 5 % sur les primes échues, conformément aux art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal.

12.3.1 Le *dies a quo* de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11] ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AM 20/21 - 5/2022 du 31 janvier 2022 consid. 3d).

12.3.2 En l'occurrence, les primes des mois de juillet à septembre 2018 auraient respectivement dû être acquittées les 30 juin, 31 juillet, et 31 août 2018 (facture de primes du 4 juin 2018). Il ressort du commandement de payer, poursuite n° 1_____ que l'intimée a fixé le *dies a quo* au 10 décembre 2018, à une échéance plus favorable au recourant. La chambre de céans en prend acte.

12.4 Quant aux frais de poursuite, l'art. 68 al. 1 LP prévoit expressément que les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier en fait l'avance. Ces frais sont donc également dus par le recourant poursuivi, et suivent le sort de la poursuite, sans qu'il soit nécessaire de prononcer la mainlevée de l'opposition à leur égard (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.88/05 du 1er septembre 2006 consid. 5).

13. En conséquence, le recours est rejeté.

La mainlevée définitive de l'opposition faite au commandement de payer dans la poursuite n° 1_____ est prononcée.

14. Vu l'issue donnée au recours (art. 61 let. g LPGA a contrario), le recourant n'a pas droit à des dépens.

15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition faite au commandement de payer dans la poursuite n° 1_____ .
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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