

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2363/2010

ATAS/964/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 27 septembre 2010**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à Genève

recourant

contre

AUXILIA ASSURANCE-MALADIE, sise Tribschenstrasse 21,  
6002 Lucerne

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Diane BROTO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur à R\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré) est assuré auprès d'Auxilia (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. La prime mensuelle s'élève à 368 fr. 70 en 2009 et à 422 fr. 90 en 2010.
2. Le décompte de prime de mai 2009 est adressé à l'assuré le 4 avril avec échéance de paiement au 31 mai, puis un rappel est envoyé le 20 juin, et finalement une sommation, incluant des frais de sommation de 5 fr., le 22 août. La caisse a procédé de même les mois suivants pour les primes de juin, juillet et août 2009.
3. Après l'échéance de la dernière sommation de payer la prime d'août 2009 au 12 novembre 2009, la caisse a fait notifier le 17 février 2010 à l'assuré un commandement de payer la somme de 1'494 fr. 80, soit les cotisations des mois de mai à août 2009, ainsi que 80 fr de frais administratifs. L'assuré a formé opposition à cette poursuite.
4. Par décision du 11 mars 2010, la caisse a levé l'opposition formée au commandement de payer, précisant que la somme due correspondait aux cotisations de mai à août 2009, y compris les frais de rappel.
5. Par acte du 10 avril 2010, l'assuré forme opposition à la décision. Il formule toute une série de griefs et critiques concernant l'augmentation des primes, la lenteur des remboursements de prestation et une affiliation forcée auprès de cette caisse. On comprend toutefois qu'il conteste le montant dû, motif pris que ce dernier a peut-être déjà été payé par l'Office des poursuites et/ ou le Service cantonal de l'assurance maladie.
6. Par décision sur opposition du 2 juin 2010, la caisse rejette l'opposition et confirme la levée de l'opposition. L'affiliation dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 est valable, le grief de l'augmentation des primes en 2010 est sans pertinence, la poursuite portant sur des primes 2009 et les autres critiques concernant de prétendues erreurs dans la gestion du dossier sans fondement.
7. Par acte du 5 juillet 2010, l'assuré forme recours contre la décision sur opposition. Il allègue d'une part que la hausse des primes de 14,7% en 2010 est inacceptable et exige de connaître le montant des réserves de la caisse. Il affirme d'autre part que les prétentions de la caisse sont abusives, car il fait déjà l'objet d'une saisie sur salaire depuis plusieurs années, soit 11'311 fr. 70 en 2007, 13'137 fr. 85 en 2008, 14'633 fr. 80 en 2009 et 7'951 fr. 40 de janvier à juin 2010. Auxilia étant au premier rang des bénéficiaires des poursuites, elle a donc très largement dû recouvrer les primes et frais impayés. L'assuré estime donc ne plus rien devoir à la caisse. Il produit les récapitulatifs annuels de salaire de son employeur dont il ressort une

saisie mensuelle de salaire de 650 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 août 2008, puis de 1'025 fr. jusqu'au 31 janvier 2010, puis de 925 fr. depuis lors, la moitié du 13<sup>ème</sup> salaire, soit la part versée en juin étant également saisie.

8. Par mémoire réponse du 4 août 2010, la caisse conclut au rejet du recours. En substance, elle fait valoir que la situation financière d'un assuré ne constitue pas un argument recevable pour le non paiement des primes et que la poursuite pour les primes de mai à août 2009 faisant l'objet du recours de l'assuré, les montants concernés ne peuvent pas encore faire l'objet d'une saisie. Les saisies évoquées par l'assuré concernant des primes antérieures, soit la poursuite, concernant le solde des primes dues d'avril à juin 2007 ; la poursuite, concernant les primes d'août à octobre 2007 ; la poursuite concernant les primes de février à novembre 2008 et de janvier à avril 2009, ainsi que diverses participations.
9. Le Tribunal appointe le 23 août 2010 une audience de comparution personnelle des parties pour le 14 septembre 2010, invitant l'assuré à consulter les pièces de la caisse avant l'audience. Par pli du 7 septembre 2010, l'assuré indique qu'il ne pourra malheureusement pas se présenter à l'audience sans invoquer de motif à son absence. Il prétend avoir consulté les pièces, sans y avoir trouvé de réponse, car il est peu familier de l'ésotérisme juridique de la caisse. L'assuré rappelle qu'il demande un extrait de la comptabilité générale de la caisse pour retrouver les sommes reçues de l'Office des poursuites, compte tenu des montants saisis depuis 2007 soit 48'000 fr et ajoute que les primes de 2009 étaient directement payées par cet office, lequel déduisait de son salaire le montant des primes en plus de la saisie. Il estime que les primes payées sous la contrainte disparaissent dans une totale opacité comptable, à l'instar d'un malfrat qui rackette les gens dans la rue. Il a peu d'espoir, mais compte sur le Tribunal pour rendre justice dans sa cause.
10. L'audience prévue a été annulée et la cause a été gardée à juger le 8 septembre 2010.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

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

2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la créance de la caisse contre l'assuré en paiement des primes de mai à août 2009, ainsi que les frais de sommation et de poursuite, et plus particulièrement sur l'extinction de cette créance par paiements effectués par l'Office des poursuites.
5. a) 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 recouvrir 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 (jusqu'au 31 juillet 2007: art. 90 al. 3 OAMal; depuis le 1er août 2007: 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).

b) L'exécution des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61 ss. LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal), de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations, par des mesures spécifiques au droit de l'assurance-maladie, ne sont réglées ni par la LAMal ni dans une norme de délégation qui serait contenue dans cette loi et qui chargerait le Conseil fédéral de réglementer ces questions. Aussi bien les assureurs doivent-ils faire valoir leurs prétentions par la voie de l'exécution forcée selon la LP ou par celle de la compensation (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 ad art. 4). L'art. 88 al. 2 LAMal prévoit ainsi que les décisions et décisions sur opposition au sens de l'art. 88 al. 1 LAMal qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (cf. aussi ATF 125 V 273 consid. 6c).

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 à la mainlevée entrée 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références).

L'assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276).

c) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

6. En l'espèce, il est incontestable, sur le principe, que la caisse est en droit de poursuivre le recourant pour le montant des primes impayées, ainsi que pour les frais de sommation et les frais supplémentaires causés par son retard, selon la jurisprudence et l'art 14 des Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins de l'intimée. Quant au montant mensuel des primes dû, il n'est pas contesté, comme tel, l'assuré se borne à estimer la hausse des primes de 2010 inacceptable. Or, les primes réclamées concernent l'année 2009 et l'assuré n'a pas contesté le montant de l'éventuelle hausse de la prime de cette année là.

Pour le surplus, les griefs de l'assuré sont dénués de tout fondement. D'une part, l'Office des poursuites ne peut pas procéder à une saisie sur salaire pour une créance qui en est encore au stade de la procédure de mainlevée, ce qui est précisément le cas des primes de mai à août 2009. Ce n'est que lorsque la mainlevée sera confirmée par le Tribunal de céans que la continuation de la poursuite, par voie de saisie, aura lieu. Il est ainsi manifeste que les saisies déjà effectuées sur le salaire de l'assuré concernent d'autres dettes plus anciennes. De plus, aucune pièce ne démontre que l'intégralité de la saisie mensuelle est versée à la caisse et il est plus vraisemblable qu'elle soit répartie entre divers créanciers. Finalement, au vu du montant des dettes envers la caisse, les primes étant impayées, sauf rares exceptions, depuis avril 2007, la durée de la saisie s'explique par la succession des poursuites. Si l'assuré estime que la part de saisie versée à la caisse a déjà éteint ses autres dettes à son égard, il lui suffit de solliciter de l'Office des poursuites le récapitulatif des montants versés à la caisse, pour chaque poursuite intentée et de les comparer aux créances concernées.

D'autre part, à teneur de la loi fédérale sur les poursuites, qui règle exhaustivement les compétences de l'Office des poursuites, ce dernier n'est pas compétent pour prélever des primes d'assurances maladies courantes du salaire d'un assuré pour les verser à la caisse en dehors de toute procédure de poursuite. Il n'y a donc aucun motif de procéder à une analyse de la comptabilité de la caisse.

L'assuré n'a pas donné suite à la convocation du Tribunal, sans excuse aucune, indiquant simplement ne pas pouvoir se présenter et laissant le soin au Tribunal de rendre la justice. Or, l'audience a aussi pour but de mieux cerner les griefs d'un assuré plaidant en personne, cas échéant de l'interroger sur ses autres créanciers afin d'éclaircir la situation. Ainsi, les faits allégués par l'assuré n'ont pas été établis, ni par pièces, ni par son audition alors que le recourant supporte le fardeau de la preuve. Au demeurant, et comme indiqué ci-dessus, ces faits - la saisie ayant porté avant la mainlevée sur les primes réclamées et le prélèvement direct des primes courantes par l'Office des poursuites - sont invraisemblables, de sorte que le Tribunal admettra, au degré supérieur de la vraisemblance prépondérante confinant à la certitude, que la caisse est fondée à réclamer par la voie de la poursuite le paiement des primes de mai à août 2009 (368 fr. 70 x 4 = 1'474 fr 80), ainsi que les frais de sommation, fixés à 5 fr. par sommation, soit 20 fr., et les frais administratifs

causés par le non-paiement des primes, de 80 fr, soit 1'574 fr. 80 avec intérêt à 5% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, date moyenne entre le 31 mai et le 31 août 2009, les frais de la poursuite étant à la charge de l'assuré.

Le recours, infondé, est donc rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette et confirme la décision sur opposition du 2 juin 2010.
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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le