

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3463/2011

ATAS/364/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée au Grand-Saconnex

recourante

contre

INTRAS, Société du Groupe CSS, sise Tribschenstrasse 21, 6002
Luzern

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est assurée auprès d'INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, société du Groupe CSS (ci-après INTRAS ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins. Pour l'année 2010, la prime mensuelle s'est élevée à 319 fr. 30.
2. L'assurée ne s'étant point acquittée de ses primes de janvier à mars 2010, INTRAS a introduit à l'encontre de l'assurée une poursuite en date du 4 mai 2010, un mandement de payer, pour le montant de 959 fr. 90, avec intérêts 5 % dès le 1^{er} janvier 2010, plus 80 fr. de frais de rappel et de dossier.
3. Le 19 mai 2010, Monsieur M_____, beau-père de l'assurée, a formé opposition.
4. Par décision du 13 septembre 2010, INTRAS a levé l'opposition au commandement de payer, pour le montant de 957 fr. 90, frais de poursuite et intérêts en sus, plus des frais de procédure de 150 fr.
5. Par acte du 30 septembre 2010, l'assurée a formé opposition auprès d'INTRAS, au motif qu'elle avait résilié son contrat d'assurance-maladie le 18 novembre 2009 avec effet au 31 décembre 2009. INTRAS a refusé cette résiliation prétextant qu'elle n'avait pas réglé toutes les primes et participations dues. Par courrier du 17 mars 2010, le SAM l'a informée de ce refus ainsi que sa décision de maintenir son affiliation à INTRAS. Or, elle a fait opposition à cette décision par courrier adressé au SAM avec copie à INTRAS en date du 30 mars 2010. Sans réponse du SAM ni subsidiairement d'INTRAS, elle a exigé d'INTRAS le retrait sans délai de son opposition à la résiliation de son assurance obligatoire des soins au 31 décembre 2009, ce par courrier du 26 mai 2010, accompagné des pièces justificatives. A ce jour, elle n'a reçu aucune réponse. Elle conclut à l'annulation de la décision du 13 septembre 2010, à la confirmation que son assurance obligatoire des soins a été valablement résiliée au 31 décembre 2009 et tous les décomptes de primes concernant 2010 annulés.
6. Par décision du 29 septembre 2011, INTRAS relève que l'assurée ne s'est pas acquittée des primes de l'assurance obligatoire des soins de janvier à mars 2010 pour un montant de 957 fr. 90. S'agissant de la résiliation avec effet au 31 décembre 2009, elle admet avoir refusé sa sortie au motif qu'elle ne s'était pas acquittée de toutes ses primes et participations, ce que le SAM a ultérieurement confirmé. Dans ces conditions, l'assurée ne saurait soutenir avoir résilié valablement l'assurance obligatoire des soins au 31 décembre 2009. Dès lors qu'elle est toujours affiliée à INTRAS, il lui revient de s'acquitter des primes en souffrance. S'agissant des frais administratif et de rappel à hauteur de 150 fr., ils sont appropriés dès lors que le règlement des assurance selon la LAMal, édition

2010, dispose que les dépenses d'INTRAS pour frais de sommation et de poursuite sont à la charge de la personne assurée. Quant à la perception d'intérêts moratoires, INTRAS admet que l'intérêt moratoire de 5% est dû seulement à compter du 1^{er} février 2010 et non pas dès le 1^{er} janvier 2010. En effet, s'agissant de créances périodiques, il convient de retenir pour des raisons pratiques une échéance moyenne comme point de départ des intérêts moratoires. C'est à juste titre qu'INTRAS a réclamé le paiement de 957 fr. 90 pour les primes échues auquel s'ajoutent 150 fr. de frais de rappel et administratifs et 5% d'intérêts moratoires dès le 1^{er} février 2010. INTRAS a rejeté l'opposition, sous réserve des intérêts moratoires qui ne sont dus qu'à partir du 1^{er} février 2010, et l'opposition au commandement de payer est levée, à due concurrence.

7. Le 27 octobre 2011, l'assurée interjette recours, exposant qu'elle a résilié son contrat d'assurance avec effet au 31 décembre 2009. Or, INTRAS a refusé cette résiliation prétextant qu'elle n'avait pas réglé toutes les primes et participations dues. Informée de ce refus par le SAM, par courrier du 17 mars 2010, ainsi que de la décision de maintenir son affiliation à INTRAS, elle a formé opposition par courrier adressé au SAM, avec copie à INTRAS. Sans réponse du SAM, ni subsidiairement d'INTRAS, elle a exigé de la caisse-maladie le retrait sans délai de son opposition à la résiliation de son assurance obligatoire des soins par courrier du 26 mai 2010, accompagné de pièces justificatives. Or, elle n'a reçu aucune réponse à ce dernier courrier. C'est pourquoi elle a formé opposition au commandement de payer, ainsi qu'à la décision du 13 septembre 2010. Pour le surplus, elle considère que la décision sur opposition ne répond pas aux arguments développés dans son opposition. Elle invoque la violation du droit d'être entendu, car le SAM n'a pas jugé nécessaire de mener la moindre enquête accordant ainsi d'office foi aux allégations sans fondement d'INTRAS. La recourante conclut à l'annulation de la décision ainsi que de tous les décomptes de prime concernant 2010 et 2011, subsidiairement, au remboursement à qui de droit des subsides encaissés par INTRAS.
8. Dans sa réponse du 20 décembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, relevant qu'au 31 décembre 2009, la recourante ne s'était pas acquittée de l'intégralité des primes. Par ailleurs, les primes de juillet à septembre 2008 et d'octobre à décembre 2008 n'ont été réglées que le 17 février 2010, celles de la période d'octobre à décembre 2009 n'ont quant à elles été réglées que le 5 janvier 2010. C'est ainsi avec raison qu'elle a estimé à l'époque que les conditions légales permettant à son assurée de changer d'assurance-maladie n'étaient pas remplies. Enfin, pour l'année 2010, les primes de janvier à mars 2010 demeurent toujours impayées.
9. Après communication de cette écriture à la recourante, 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.
4. Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 58 et 60 LPGA).
5. 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 attaqué. 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 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 et les références citées; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347; voir également arrêt U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244; 117 V 294 consid. 2a p. 295; 112 V 97 consid. 1a p. 99; 110 V 48 consid. 3c p. 51 et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36).
6. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a réclamé à la recourante le paiement du montant de 957 fr. 90 pour les primes impayées de janvier à mars 2010, frais administratifs et intérêts en sus, et prononcé la mainlevée de l'opposition formée à la poursuite.
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). 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 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 - OAMal ; RS 832.102), en vigueur depuis le 1^{er} août 2007). 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 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 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références).

Conformément à l'art. 105a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année. Au surplus, 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).

8. En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que la recourante ne s'est pas acquittée des primes de janvier à mars 2010, soit un total de 957 fr. 90, ce que la recourante ne conteste au demeurant pas. En revanche, elle conteste le refus de l'intimée d'accepter la résiliation du contrat d'assurance pour le 31 décembre 2009.

La Cour de céans relève à cet égard que l'intimée a rappelé dans sa réponse au recours que conformément à l'art. 64a al. 4 LAMal, introduit dans la loi par la

novelle du 18 mars 2005, en sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2011, en dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (cf. ATF 9C_477/2008, 9C_660/2007). L'intimée a relevé que tel était le cas de la recourante. Cela étant, le refus d'accepter la résiliation ne fait pas partie de l'objet du présent litige, qui se rapporte uniquement au non-paiement des primes de janvier à mars 2010. Par conséquent, la Cour de céans n'entrera pas en matière sur cette question.

Dès lors que la recourante ne s'est pas acquittée des primes, l'intimée était fondée à lui en réclamer le paiement par la voie de la poursuite et à lever son opposition au commandement de payer.

S'agissant des intérêts moratoires, l'intimée a admis qu'ils n'étaient dus qu'à compter du 1^{er} février 2010. Quant aux frais supplémentaires de 150 fr., ils sont prévus par les conditions de l'assurance-maladie obligatoire des soins de l'intimée et appropriés, le montant mis en poursuite ayant fait l'objet de plusieurs sommations.

9. Mal fondé, le recours est rejeté.
10. La procédure est gratuite (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 -(LPA ; RS E 5 10)

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la poursuite ira sa voie, les intérêts moratoires n'étant dus qu'à compter du 1^{er} février 2010.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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