

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3592/2016

ATAS/806/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 septembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES 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) est assuré auprès de Mutuel assurances maladie SA (ci-après la Mutuel assurance ou l'intimée) pour la branche d'assurance obligatoire des soins maladie/accident du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015.
2. Le 6 mars 2016, l'assuré n'ayant pas procédé au paiement des factures relatives aux primes des mois de septembre à décembre 2015, malgré rappels et sommations, l'intimée a saisi l'office des poursuites du canton de Genève d'une réquisition de poursuite.
3. Le 21 avril 2016, un commandement de payer a été notifié à l'assuré par l'office des poursuites (poursuite n° 1_____) pour les sommes de CHF 1'747.20 - correspondant aux primes non payées avec intérêt à 5% dès le 7 mars 2016 - CHF 240.- de frais administratifs et CHF 34.10 d'intérêts échus. Monsieur B_____, au bénéfice d'une procuration, a formé opposition à ce commandement de payer.
4. Par décision du 20 mai 2016, la Mutuel assurance a informé l'assuré que son opposition n'était pas fondée, car, lors de son affiliation, il s'était engagé, à payer les primes ainsi que les participations légales, conformément à l'art. 105b al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) et à l'art. 3 al. 1 de ses dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (CGA). En conséquence, elle levait l'opposition formée au commandement de payer concernant les créances fondées sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et les frais contractuels.

Le montant dû était de CHF 1'987.20, comprenant les primes LAMal de septembre à décembre 2015, les frais de sommation (CHF 120.-) et les frais d'ouverture de dossier (CHF 120.-). De plus, l'art. 26 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) prévoyait un intérêt moratoire, qui était fixé à 5% par année aux termes de l'art. 105a OAMal. Les frais de la poursuite étaient à la charge du débiteur selon l'art. 68 loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Ils suivaient le sort de la créance et étaient par conséquent à sa charge.

5. Le 20 juin 2016, la Mutuel assurance a informé l'assuré que, dans la mesure où il n'avait pas retiré auprès de l'office postal compétent sa décision adressée sous pli recommandé du 20 mai 2016 dans les délais impartis, elle lui renverrait prochainement une décision sous pli recommandé avec droit de recours.
6. Le 5 juillet 2016, la Mutuel assurance a adressé à l'assuré une nouvelle décision formelle dont le contenu était identique à la précédente.
7. Le 22 juillet 2016, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée, faisant valoir qu'il se trouvait à l'assurance-invalidité et percevait seulement CHF 2'230.-

par mois, ce qui ne lui permettait pas de vivre correctement à Genève et de payer une assurance-maladie. Depuis quelques années, il ne touchait plus les « compensatoires complémentaires » du fait qu'il ne passerait pas assez de temps à Genève. En effet, il rendait régulièrement visite à sa mère et à sa tante à Lyon, lesquelles étaient très âgées et souffraient de la maladie d'Alzheimer. Comme cela avait été demandé à maintes reprises, il fallait résilier son assurance.

8. Par décision sur opposition du 27 septembre 2016, la Mutuel assurance a rejeté l'opposition à la décision de mainlevée et confirmé sa décision du 5 juillet 2016. Elle rappelait à l'assuré que, selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assuré par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. L'art. 6 LAMal prévoyait que les cantons veillaient au respect de l'obligation de s'assurer et que l'autorité désignée par le canton affiliait d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'avait pas donné suite à cette obligation en temps utile. Par conséquent, sa couverture d'assurance obligatoire des soins ne pouvait pas être annulée. Bien que l'assuré ait indiqué être en manque de liquidités pour payer les primes, ce à quoi elle n'était pas insensible, elle ne pouvait pas agir à sa guise. Les caisses étaient tenues d'appliquer la législation en matière d'assurance-maladie, laquelle prévoyait que l'assureur devait introduire une procédure de poursuite lorsque l'assuré ne réglait pas ses cotisations. Pour le surplus, son attention était attirée sur le fait qu'il pouvait demander au service de l'assurance-maladie de son canton une révision de ses subsides. Cette démarche ne le dispensait toutefois pas de l'obligation de payer ses créances LAMal. En conséquence, son opposition n'était pas fondée.
9. Le 24 octobre 2016, Monsieur A_____, agissant pour son frère C_____, a formé opposition contre la décision précitée. Il sollicitait de l'aide pour sortir son frère du cercle vicieux dans lequel celui-ci se trouvait. Ce dernier était à l'assurance-invalidité à 100% et percevait une rente mensuelle de CHF 2'200.- Jusqu'en 2014, son assurance-maladie avait été prise en charge. Malheureusement, la santé de leur mère s'était considérablement aggravée et elle avait dû être placée dans un centre spécialisé, de même que leur tante, quelques mois plus tard. Pour ces raisons, son frère passait beaucoup de temps à son domicile de Lyon pour être plus près de sa famille. Il allait aussi souvent chez sa fille à Paris. Le service des subsides avait ainsi décidé qu'il était domicilié à l'étranger et avait cessé de l'aider. M. A_____ ajoutait que les « services de Genève » avaient pris contact avec lui deux ans auparavant pour lui demander comment joindre son frère. Malheureusement, il était lui-même peu bien à ce moment-là, et il avait pensé qu'on lui parlait du fils de son frère, lequel résidait en Chine. Ils avaient demandé l'annulation de l'assurance-maladie de son frère, mais on leur avait répondu que la loi ne le permettait pas.
10. Le 2 novembre 2016, l'assuré a, sur demande de la chambre de céans et dans le délai imparti pour ce faire, confirmé le recours formé en son nom par son frère.

11. Par réponse du 1^{er} décembre 2016, la Mutuel assurance a conclu au rejet du recours, en reprenant les arguments déjà invoqués à l'appui de sa décision.
12. Lors d'une audience du 22 mars 2017 :
 - a. M. A_____ a précisé que son frère avait été au bénéfice de prestations complémentaires, qui avaient toutefois été supprimées trois ans auparavant. Il ne pensait pas que son frère avait contesté cette décision, étant précisé que celui-ci n'avait pas toute sa tête. Son frère venait souvent chez lui, mais il avait conservé son appartement à Genève, où il vivait.
 - b. L'assuré a confirmé que le SPC avait considéré qu'il passait beaucoup de temps à Lyon et pas suffisamment à Genève. Il prétendait toutefois habiter à D_____. Son frère allait l'accompagner à un centre d'action sociale pour déposer une nouvelle demande de prestations complémentaires.
13. La représentante de l'intimée a indiqué que l'assuré avait un subside de CHF 70.- et que, pendant une période, ses primes avaient été entièrement payées. Il semblait que le subside avait été supprimé en 2014.
14. À la demande de la chambre de céans, le SPC lui a transmis copie de sa décision du 12 février 2014. Il en ressort que le SPC a supprimé le versement de ses prestations à l'assuré au 31 décembre 2012 et lui a demandé le remboursement des prestations versées à tort pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 28 février 2014, soit CHF 17'229.-, comprenant CHF 10'611.- de prestations complémentaires et CHF 6'618.- de subsides de l'assurance maladie. Il avait compensé une partie de la dette avec les prestations non réclamées auprès du SPC, à hauteur de CHF 11'415.80. Le solde dû s'élevait en conséquence à CHF 5'813.20. Cette décision était motivée par le fait que le centre d'intérêt de l'assuré n'était plus dans le canton de Genève et que celui-ci ne pouvait, par conséquent, plus être considéré comme domicilié dans ce canton.
15. Le 6 février 2017, l'intimée a relevé que les décisions du SPC ne concernaient pas directement l'objet du litige. Elle n'avait, pour sa part, jamais été informée d'un changement de domicile de l'assuré. Dès lors, la question de l'obligation de l'intéressé de s'assurer pour les soins en cas de maladie, conformément à l'art. 3 LAMal, n'était pas remise en cause en l'espèce. S'il devait s'avérer que le SPC s'était fondé sur une mauvaise information concernant le centre d'intérêt de l'assuré à l'époque, elle ne pouvait qu'encourager ce dernier dans ses démarches visant à obtenir à nouveau des prestations complémentaires.
16. Le 14 février 2017, le frère du recourant a transmis quelques courriers à la chambre de céans. Il ajoutait qu'il y avait eu de part et d'autre des confusions et que seule une réunion aurait pu clarifier la situation. Comme suggéré lors de l'audience devant la chambre de céans, ils allaient s'organiser pour payer l'assurance en attendant de voir avec l'organisme d'aide quelle solution pouvait être trouvée.

-
17. À teneur d'un extrait du registre de l'office cantonal de la population et de la migration (ci-après : OCPM), l'assuré est né le 8 septembre 1957, ressortissant français et divorcé. Il est arrivé de France le 15 mars 1979 et réside à la rue de D _____, à Genève.
18. 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA) relatives à la LAMal.

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 2_____.
4. 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.
5. 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).
6. 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 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 (BGE 119 V 329 consid. 2b; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02; Arrêt 9C_903/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1).

7. En l'espèce, le recourant ne conteste pas être débiteur des primes de l'assurance maladie obligatoire pour la période de septembre à décembre 2015, avoir reçu des rappels écrits et des sommations ni les montants, les frais et les intérêts réclamés par l'intimée. Il allègue en revanche que sa situation financière qui ne lui permettait pas de payer les montants mentionnés dans le commandement de payer qui lui a été notifié le 21 avril 2016.

Il convient d'examiner en première lieu si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le recourant était domicilié à Genève et qu'il était, par conséquent, obligatoirement assuré pour les soins en cas de maladie.

8. Selon l'art. 13 LPGA, le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), et une personne est réputée avoir sa résidence habituelle au lieu où elle séjourne un certain temps même si la durée de ce séjour est d'emblée limitée.

Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile comporte donc deux éléments : l'un objectif, la résidence dans un lieu donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer. La jurisprudence actuelle (ATF 127 V 238 consid. 1, 125 V 77 consid. 2a, 120 III 7

consid. 2a) ne se fonde toutefois pas sur la volonté intime de l'intéressé, mais sur l'intention manifestée objectivement et reconnaissable pour les tiers. L'intention de s'établir peut se concrétiser sans égard au statut de la personne du point de vue de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales (ATF 125 III 101 consid. 3, ATF 120 III 8 consid. 2b et les références). Toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (art. 24 al. 1 CC). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents et qu'elle a des relations avec ces deux endroits, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (ATF 125 III précité).

Dans la mesure où la résidence suppose un séjour d'une certaine durée dans un endroit donné et la création en ce lieu de rapports assez étroits (ATF 9C_283/2015 du 11 septembre 2015), l'occupation d'un studio une à deux fois par semaine – le reste du temps étant passé à l'étranger – ne suffit pas à établir une résidence effective en Suisse (arrêt du Tribunal fédéral C 226/02 du 26 mai 2003 ; Boris RUBIN, Assurance-chômage, 2ème éd. 2006, p. 173). De même un séjour tout à fait éphémère ou de pur hasard, ainsi qu'un pied-à-terre destiné uniquement à la recherche d'un emploi, ne sont pas assimilables à une résidence. Cela étant, un séjour prolongé et permanent n'est pas indispensable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_270/2007 du 7 décembre 2007, consid. 2.2 et 3.1). Si tel n'était pas le cas, certaines personnes se trouveraient dépourvues de résidence et, partant, privées de domicile (Boris RUBIN, *ibidem*). Ainsi, en cas de séjour tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre, la résidence est là où les liens sont les plus forts (ATF 87 II 7 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral C 153/03 du 22 septembre 2003). Le fait d'avoir une adresse officielle en Suisse et d'y payer ses impôts n'est pas déterminant si d'autres indices permettent de conclure à l'existence d'une résidence habituelle à l'étranger (arrêt du Tribunal fédéral C 149/01 du 13 mars 2002, consid. 3).

L'assuré, qui loge une partie de la semaine à Genève dans un pied-à-terre de dimensions modestes ne lui permettant pas d'accueillir sa famille, afin de conserver une adresse en Suisse pour bénéficier de la qualité de résident sur territoire helvétique, mais réside la plupart du temps en France voisine avec ses trois enfants qui y sont régulièrement scolarisés, dont il a la garde et sur lesquels il exerce l'autorité parentale, a le centre de ses intérêts personnels en France dès lors qu'il y bénéficie de diverses prestations sociales (revenu minimum d'insertion, allocation de soutien familial, aide au logement; arrêt du Tribunal fédéral 8C_777/2010 du 20 juin 2011).

Le domicile fiscal, le lieu où les papiers d'identité et autres documents officiels ont été déposés (déclaration d'arrivée) ainsi que d'éventuelles indications dans des documents officiels ou des décisions judiciaires ne sont que des indices permettant

de déterminer le lieu du domicile (ATF 136 II 405 consid. 4.3 p. 410 ; arrêt du 13 mars 2002 [C 149/01]). Pour pouvoir localiser le centre des intérêts personnels, il convient notamment de chercher à savoir où se trouvent la famille, les amis, les activités professionnelles et sociales, le logement, le mobilier et les affaires personnelles. Une visite des lieux est parfois indispensable (art. 12 let. d PA). Par ailleurs, le lieu où les enfants sont scolarisés joue un rôle. Le droit à des prestations sociales nécessite souvent d'être domicilié dans le pays qui les verse, de sorte que cet aspect doit également être pris en compte (DTA 2012 p. 71 consid. 3.3 p. 74 ; Boris RUBIN commentaires sur la loi sur l'assurance chômage 2014 p. 78).

9. En l'occurrence, l'assuré a clairement indiqué à la chambre de céans qu'il habitait à D_____ où il est officiellement domicilié selon le registre de l'OCPM. Le frère de l'assuré a confirmé que ce dernier avait toujours résidé en Suisse. Bien que l'assuré passe beaucoup de temps en France chez son frère à Lyon - où se trouvent également sa mère et sa tante - ou chez sa fille à Paris, il n'a, à teneur du dossier, jamais eu l'intention de s'établir en France. Il en résulte que son domicile est toujours resté en Suisse. Le fait que le SPC en ait considéré autrement - apparemment sur la base d'indications erronées données par le frère de l'assuré - ne lie pas l'intimée et n'est pas déterminant pour trancher la question du domicile du point de vue de l'assurance-maladie.

Étant domicilié en Suisse, l'assuré était dans l'obligation de s'assurer et sa couverture d'assurance obligatoire des soins ne pouvait pas être annulée. Il devait donc payer ses primes d'assurance. À défaut, l'intimée était contrainte, en application de l'art. 105b al. 2 OAMal, d'introduire une procédure de poursuite. Elle ne pouvait y renoncer, quelle que soit la situation financière de l'assuré.

Il résulte des considérations qui précèdent que l'intimée était fondée à réclamer les montants mentionnés dans le commandement de payer du 21 avril 2016 et à lever l'opposition formée à celui-ci. Sa décision doit par conséquent être confirmée.

10. Infondé, le recours sera rejeté.
11. 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. 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