

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3755/2016

ATAS/503/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 juin 2017**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à COLOGNY

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise à ZÜRICH

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le \_\_\_\_\_ 1978, et sa fille B \_\_\_\_\_ (ci-après : la fille de l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 2012, sont assurées auprès de Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana, l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, respectivement dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013 selon la forme BeneFit PLUS médecin de famille / cabinet de groupe s'agissant de l'assurée et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 selon la forme BeneFit (modèle médecin de famille) s'agissant de la fille de l'assurée.
2. L'assurée ne s'est pas acquittée du paiement des primes d'assurances de septembre et octobre 2014 (2 x CHF 277.35), de décembre 2014 (CHF 297.70), de janvier et mars 2015 (2 x CHF 387.60), d'avril 2015 à juillet 2015 (4 x 288.50), représentant un montant total de CHF 2'781.60.
3. L'assureur lui a adressé de nombreux rappels de paiement, lui facturant quatre fois des frais de rappel. Le 24 août 2015, après lui avoir proposé un arrangement de paiement, il lui a adressé un dernier rappel pour une créance de CHF 1'867.45, soit CHF 2'781.60 pour lesdites primes d'assurances, plus CHF 50.85 d'intérêts moratoires du 22 février 2015 au 24 août 2015, plus CHF 200.- de frais de rappel (5 x CHF 40.- pour deux rappels du 16 novembre 2014, un rappel du 18 janvier 2015, un rappel du 16 mai 2015 et un rappel du 18 juillet 2015), plus CHF 120.- de frais pour paiements échelonnés, plus CHF 60.- de frais de contentieux, sous déduction de CHF 1'345.- (soit CHF 158.- au titre de la correction des primes au moyen d'une compensation et de divers paiements totalisant CHF 1'187.-).
4. Le 4 décembre 2015, sur réquisition de l'assureur du 8 octobre 2015, l'office des poursuites a établi un commandement de payer à l'encontre de l'assurée pour un montant de CHF 1'436.60 pour les primes impayées des mois de septembre et octobre 2014, décembre 2014, janvier 2015 et mars à juillet 2015 (CHF 2'781.60 - CHF 1'345.-), avec intérêts à 5 % dès le 22 février 2015, plus CHF 320.- de frais de rappel, plus CHF 60.- de frais d'intervention.  
Ce commandement de payer n° 1 \_\_\_\_\_ a été notifié le 14 janvier 2016 à l'assurée.
5. L'assurée a formé opposition partielle à ce commandement de payer, reconnaissant devoir à l'assureur un montant de CHF 1'436.60.
6. Par décision du 29 mars 2016, envoyée sous pli recommandé, l'assureur a prononcé la mainlevée définitive de cette opposition partielle et dit que l'assurée lui est débitrice d'un montant de CHF 2'010.95, soit de la créance de CHF 1'436.60, plus CHF 93.75 d'intérêts moratoires à 5 % dès le 22 février 2015, CHF 100.60 de frais juridiques, CHF 200.- de frais de rappel, CHF 120.- de frais pour paiements échelonnés et CHF 60.- de frais de contentieux. Opposition pouvait être formée contre cette décision dans un délai de trente jours.
7. L'assurée n'a pas retiré ce pli recommandé, que la poste a retourné « Non réclamé » à l'assureur. Après s'être assuré auprès du service de l'assurance-maladie qu'il

---

avait été envoyé à la bonne adresse (chemin C\_\_\_\_\_ à 1223 Cologny) – ce qui s’est avéré être le cas –, l’assureur l’a renvoyé, dans son enveloppe, à l’assurée par un courrier du 18 juillet 2016.

8. Par courriel du 27 juillet 2016, l’assurée a accusé réception des « nombreux courriers » de l’assureur (factures de primes impayées, réduction de primes, rappels). Elle lui a demandé de déduire deux fois la réduction de primes cantonale de CHF 57.30 dès janvier 2014, parce que son ménage était composé d’elle et sa fille, de lui faire parvenir la facture corrigée dans ce sens et d’annuler les frais de rappel. Certaines primes devaient être prises en charge par l’Hospice général, mais elle s’acquitterait elle-même de celles que ce dernier ne payerait pas, « une fois que (l’assureur aurait établi sa) liste corrigé et quand elle (allait) recevoir de revenus suffisants » (faisant mention d’un procès en cours en vue d’obtenir du père de son enfant qu’il lui verse une pension alimentaire suffisante ». Elle s’excusait de ne pas pouvoir payer les primes d’assurances dues. L’assurée déclarait faire opposition à la décision de mainlevée d’opposition dans la poursuite n° 1\_\_\_\_\_ lui étant parvenue « en date du 25 juillet », en priant l’assureur d’être raisonnable en n’entamant plus de poursuite à son encontre parce que cela limitait ses chances de trouver un emploi dans son domaine d’activité, le secteur financier.
9. Après avoir accusé réception de l’opposition de l’assurée, l’assureur lui a envoyé, le 22 août 2016, un extrait de son compte de primes, dont il résultait qu’il subsistait un solde de CHF 3'418.98 demeuré impayé au 22 août 2016. Il ne lui était pas possible d’annuler la totalité des frais de rappel, qui étaient justifiés, mais il se déclarait disposé à ne pas lui compter les « frais des dossiers ne faisant pas encore l’objet de procédure de poursuite » si elle s’acquittait du solde de CHF 3'064.78 jusqu’au 15 septembre 2016. Les primes étaient bien dues, et la poursuite engagée était justifiée ; l’assureur conseillait à l’assurée de retirer son opposition, à défaut de quoi il serait forcé de rejeter son opposition et d’établir une décision sur opposition.
10. Par décision sur opposition du 22 septembre 2016, envoyée le 23 septembre 2016 par pli recommandé, l’assureur a rejeté l’opposition de l’assurée du 28 juillet 2016 contre la décision du 29 mars 2016 et a levé l’opposition à la poursuite n° 1\_\_\_\_\_ pour le montant de CHF 1'436.60, avec intérêts à 5 % dès le 22 février 2015, plus CHF 200.- de frais de rappel, CHF 60.- de frais d’intervention et CHF 120.- de frais pour paiement échelonné. Les primes impayées étaient encaissées par voie de poursuite à l’issue du délai de paiement accordé. Le devoir de payer les primes valait même lorsque le droit de l’assuré à un subside d’assurance-maladie n’était pas encore clarifié. Les frais de rappel, les frais supplémentaires et les intérêts moratoires étaient prévus par les conditions d’assurances pour l’assurance obligatoire des soins ; les frais de poursuite étaient à la charge du débiteur. En tant qu’assureur-maladie, Helsana avait qualité pour prononcer la mainlevée de l’opposition à une poursuite. Recours pouvait être formé contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances dans un délai de trente jours.

11. Par courrier du 26 septembre 2016 répondant à la lettre précitée de l'assureur du 22 août 2016, l'assurée a indiqué vouloir s'acquitter de sa dette afin d'en terminer avec ce litige, même si elle considérait que les frais de rappel et les frais administratifs facturés étaient injustifiés, tout en déclarant s'y opposer. Elle demandait à l'assureur de se montrer humain et de faire un geste.
12. Un avis de retrait du pli recommandé contenant la décision précitée sur opposition a été déposé le 26 septembre 2016 dans la boîte aux lettres de l'assurée (avec indication du 3 octobre 2016 comme échéance du délai de retrait). L'assurée n'a pas retiré cet envoi, si bien que la poste l'a retourné « Non réclamé » à l'assureur le 4 octobre 2016.

Par un nouveau pli recommandé, du 6 octobre 2016, l'assureur a réexpédié sa décision sur opposition à l'assurée, en attirant son attention sur le fait que cette décision était réputée lui avoir été notifiée le dernier jour du délai de retrait de sept jours du pli recommandé, soit le 3 octobre 2016, date à partir de laquelle courait le délai de trente jours pour contester ladite décision.

Ce recommandé a été remis le 8 octobre 2016 à l'assurée.

13. Par courrier du 12 octobre 2016 adressé à l'assureur, l'assurée a indiqué regretter que celui-ci n'ait pas mis en œuvre sa déclaration d'avoir « pris note » de ses difficultés financières mais n'ait pas retiré la poursuite n° 1\_\_\_\_. Elle n'avait pas les moyens de s'acquitter du montant réclamé. Les divers frais administratifs (« 5 % d'intérêts moratoires dès le 22 février 2015, plus frais de rappel, plus frais juridiques, plus frais d'intervention, plus frais pour paiement échelonné ») étaient excessifs. Elle contesterait toujours ces « frais divers et élevés », non justifiés par les conditions générales. Helsana pouvait retirer sa poursuite à en contre, et un arrangement de paiement pourrait être trouvé pour le paiement uniquement des primes (sans les frais), soit le total dû de CHF 1'436.60. Elle avait payé le solde des primes dues pour l'année 2016, soit CHF 1'037.90, mais elle demandait à l'assureur de corriger les montants à déduire au titre de la réduction de prime cantonale pour l'année 2016, soit deux fois CHF 57.30, de même pour les années précédentes 2013 à 2015 à hauteur de CHF 79.- par personne et par mois.
14. L'assureur lui a répondu le 24 octobre 2016 que, comme cela résultait de l'extrait de compte qu'il lui avait envoyé le 22 août 2016, le montant des subventions cantonales avait déjà été pris en compte, si bien qu'il n'y avait pas de corrections ou remboursement à effectuer. Les montants de CHF 57.30 et CHF 79.- qu'elle mentionnait ne correspondaient pas aux réductions de primes cantonales mais « à l'avoir, selon l'article 106 LAMal, en faveur des assurés genevois », qui avaient été crédités une fois par an, respectivement pour les années 2015 et 2016. La créance objet de la poursuite n° 1\_\_\_\_ était due et justifiée ; ladite poursuite ne serait pas radiée ; une décision sur opposition lui avait été envoyée. Il ne lui serait pas accordé d'arrangement de paiement. Les frais réclamés étaient justifiés, car ils étaient « prévus par l'art. 105b al. 2 OAMal, si une telle mesure figurait dans les

conditions d'assurances », ce qui était le cas, à l'article 13 des conditions d'assurances BeneFit PLUS » régissant la couverture d'assurance dont elle et sa fille bénéficiaient.

15. Par acte du 3 novembre 2016, posté par pli recommandé le 3 novembre 2016, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur de l'assureur prononçant, sur opposition, la mainlevée de son opposition au commandement de payer n° 1 \_\_\_\_ . Elle et sa fille étaient assurées auprès de Helsana depuis octobre 2013 ; elle n'avait pas eu les moyens de payer toutes les primes d'assurances, mais était restée en contact avec l'assureur, auquel elle avait demandé de patienter et de ne pas lui envoyer de rappels, dans l'attente qu'elle reçoive le subsidie d'assurance-maladie. L'assureur l'avait « bombardée » de rappels. Il l'avait mise aux poursuites pour un montant de primes dû depuis 2014 de CHF 1'436.60, qu'elle n'avait pas pu payer, et il lui avait facturé des montants excessifs de « frais divers » pour un total de CHF 574.35, en plus d'intérêts à 5 % dès le 22 février 2015. Les prétentions de l'assureur étaient injustifiées, compte tenu de sa situation financière précaire, due à la perte de son emploi et au fait que le père de sa fille ne lui apportait aucune aide, ce qui l'avait obligée à saisir la justice. Elle avait fait opposition à la poursuite précitée pour les « frais divers », pas pour les primes impayées de CHF 1'436.60, somme pour le paiement de laquelle avait proposé à l'assureur de verser des mensualités de CHF 100.-, mais celui-ci avait refusé cette proposition, de mauvaise foi. En plus des primes d'assurances, elle devait assumer une franchise annuelle de CHF 2'500.- plus une quote-part de 10 % représentant CHF 700.- par an. Elle payait d'abord les factures médicales, et s'il lui restait un solde elle payait les primes, qui avaient doublé depuis octobre 2013. Elle avait payé les autres primes. Elle vivait de l'aide de l'Hospice général, sans même recevoir le minimum vital. Elle concluait à l'annulation de la décision attaquée, au constat que les frais réclamés n'étaient pas dus, à la condamnation de l'assureur à retirer sa poursuite ; elle allait rembourser à l'assureur uniquement le solde des primes de CHF 1'436.60 par mensualité de CHF 100.- depuis que l'arrêt de la chambre des assurances sociales serait rendu.

Le 10 novembre 2016, sur demande de la chambre des assurances sociales, l'assurée a versé au dossier la décision de mainlevée d'opposition d'Helsana du 29 mars 2016 et la décision sur opposition d'Helsana du 22 septembre 2016.

16. Par mémoire du 17 novembre 2016, l'assureur a conclu à l'irrecevabilité du recours de l'assurée pour cause de tardiveté, le délai de recours étant arrivé à échéance le 2 novembre 2016. Subsidiairement, il demandait à pouvoir se prononcer sur le fond.
17. Par courrier recommandé et courrier simple du 18 novembre 2016, la chambre des assurances sociales a invité l'assurée, sous peine d'irrecevabilité de son recours, à se déterminer sur la recevabilité de ce dernier et, le cas échéant, à faire valoir, preuves à l'appui, quels événements extraordinaires et imprévisibles, pouvant constituer un cas de force majeure, l'auraient empêchée de recourir en temps utile.

18. Par courrier du 28 novembre 2016, l'assurée a estimé que son recours avait été déposé en temps utile. Elle avait ignoré qu'un recommandé venant de Helsana avait été à retirer entre le 26 septembre et le 3 octobre 2016, alors qu'en parallèle elle correspondait par courrier simple avec ledit assureur. L'avis de la poste ne précisait pas que ledit courrier recommandé venait d'Helsana, qui, de son côté, ne l'avait pas avertie de l'envoi de ce recommandé. Elle n'avait pas eu le temps d'aller retirer un recommandé durant la période précitée du 26 septembre au 3 octobre 2016, ayant été très occupée à se préparer en vue d'entretiens importants et à s'occuper de sa fille. La poste de Coligny avait des horaires d'ouverture peu convenables. Helsana n'avait pas tenté une deuxième distribution en recommandé. Elle produisait un certificat médical du 25 novembre 2016 de la pédiatre de sa fille, attestant que cette dernière avait été malade du 11 au 14 octobre 2016 et avait nécessité la présence de sa mère ; elle ajoutait qu'elle-même avait ensuite été malade durant trois jours, puis étaient venues les vacances scolaires déjà planifiées, du 21 au 31 octobre 2016. Le délai de recours échéant le 2 novembre 2016 n'était pas réaliste. Elle avait appris dans l'intervalle qu'une personne lui devant de l'argent allait la rembourser avant la fin décembre 2016, ce qui lui permettrait de régler le montant des primes de CHF 1'436.60, montant qu'elle proposait de payer avant le 28 décembre 2016 contre retrait et radiation de la poursuite considérée au 31 décembre 2016 au plus tard.
19. Par mémoire du 11 janvier 2017, l'assureur a persisté à conclure à l'irrecevabilité du recours de l'assurée. Les conditions d'une restitution du délai de recours n'étaient pas remplies. L'assurée n'avait pas fait de demande motivée de restitution dudit délai alors que son prétendu empêchement avait cessé. Elle n'avait pas procédé au versement annoncé du montant de CHF 1'436.60, ne comprenant pas les différents frais engagés, ni à l'assureur ni à l'office des poursuites (ainsi que celui-ci le lui attestera par un courriel du 12 janvier 2016).
20. Le 23 janvier 2017, l'assurée a estimé que les écritures de l'assureur n'étaient pas pertinentes. Elle s'est référée aux circonstances évoquées dans son courrier précité du 28 novembre 2016, sur lesquelles Helsana n'avait pas pris position.
21. Cette écriture a été communiquée à l'assureur pour information le 25 janvier 2017.

### **EN DROIT**

1. a. 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, étant précisé que le recouvrement de primes d'assurance-maladie et d'autres frais liés audit recouvrement (en particulier des frais administratifs et des intérêts moratoires [cf. art. 105a ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du

---

27 juin 1995 - OAMal - RS 832.102) s'effectue par la voie de la poursuite pour dettes et que, dans le cadre d'une telle procédure, les caisses-maladie, au bénéfice du privilège du préalable, ont qualité pour prononcer la mainlevée des oppositions formées à l'encontre de commandements de payer (ATF 121 V 109 ; 119 V 329 ; André SCHMIDT, in Commentaire romand de la LP, n. 20 ss ad art. 79 ; Pierre-Robert GILLIÉRON, Commentaire de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, 1999, n. 28 ss ad art. 79).

b. Il satisfait aux exigences, peu élevées de forme et de contenu, prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

2. a. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours, ainsi que l'indiquait explicitement la décision attaquée. Le délai court à partir du lendemain du jour de la notification de la décision considérée (art. 38 al. 1 LPGA ; art. 17 al. 1 LPA).

b. En l'espèce, la décision attaquée a été notifiée à la recourante par un pli recommandé expédié le 23 septembre 2016, que cette dernière n'a pas retiré à la poste durant le délai de garde de sept jours, si bien que ledit recommandé a été retourné à l'intimé avec la mention « Non réclamé ». Il est cependant établi qu'un avis de retrait relatif à cet envoi recommandé a été déposé dans sa boîte aux lettres le lundi 26 septembre 2016, et qu'ainsi le délai de garde est arrivé à échéance le lundi 3 octobre 2016, date à laquelle ladite décision – à la réception de laquelle la recourante devait s'attendre dès lors qu'elle avait formé opposition et savait donc qu'une procédure était en cours – doit être réputée lui avoir été notifiée (art. 38 al. 2<sup>bis</sup> LPGA ; cf. aussi art. 20 al. 2<sup>bis</sup> de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 - PA - RS 172.021 et art. 62 al. 4 LPA ; ATF 127 I 31 consid. 2 ; 119 V 89 consid. 4b ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n. 1571).

Le délai de recours de trente jours est arrivé à échéance le mercredi 2 novembre 2016. Le recours est daté et, surtout, a été déposé dans un bureau de poste suisse le jeudi 3 novembre 2016, soit un jour trop tard.

3. a. Selon l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

Par empêchement non fautif d'accomplir un acte de procédure, il faut comprendre non seulement l'impossibilité objective ou la force majeure, mais également l'impossibilité subjective due à des circonstances personnelles ou une erreur excusables. La maladie peut être considérée comme un empêchement non fautif et,

par conséquent, permettre une restitution d'un délai de recours, si elle met la partie recourante ou son représentant légal objectivement ou subjectivement dans l'impossibilité d'agir par soi-même ou de charger une tierce personne d'agir en son nom dans le délai (ATF 119 II 86 consid. 2 p. 87, 112 V 255 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_767/2008 du 12 janvier 2009, consid. 5.3.1 ; ATAS/309/2017 du 13 avril 2017 consid. 4). Ces circonstances doivent toutefois être appréciées objectivement (ATAS/261/2017 du 4 avril 2017 consid. 3d).

b. En l'espèce, appelée à expliquer les circonstances pour lesquelles elle avait formé son recours au-delà de l'échéance du 2 novembre 2016, la recourante n'a fourni aucune explication qui puisse constituer un empêchement non fautif d'agir à temps.

Il résulte de ses explications qu'elle a su, par l'avis de retrait déposé dans sa boîte aux lettres, qu'un recommandé l'attendait à son office postal. Le fait qu'elle ait ignoré que ce recommandé en question venait de l'intimé ne constitue aucune excuse légitime de ne pas être allé le réclamer. Ni les occupations auxquelles elle entendait vaquer (en particulier se préparer à des entretiens importants et s'occuper de sa fille) ne l'habilitaient à se rendre à la poste, pas plus que les horaires d'ouverture de son office postal.

La recourante a reçu la réexpédition de la décision attaquée le 8 octobre 2016, soit bien avant l'échéance du délai de recours, dont le courrier de réexpédition lui précisait qu'elle n'était pas reportée par ce nouvel envoi.

Ce ne sont ni les trois jours de maladie de sa fille du 11 au 14 octobre 2016, ni les trois jours subséquents durant lesquels elle-même aurait été malade (ce qui n'est d'ailleurs pas attesté médicalement) qui peuvent avoir empêché la recourante de préparer et même de poster son recours, tant durant cette période qu'en tout état durant les quelque deux semaines qui ont suivi.

Des vacances scolaires ne sauraient non plus constituer un empêchement non fautif d'agir en temps utile pour déposer un recours.

La recourante a eu la possibilité d'agir à temps et elle n'a pas eu d'obstacle justifiant de ne pas l'avoir recouru en temps utile.

Il en résulte – indépendamment du fait qu'elle n'a pas requis une restitution de délai dans les trente jours à compter de celui où un prétendu empêchement d'agir avait cessé – qu'aucun motif de restitution du délai de recours n'est réalisé.

4. Le recours doit être déclaré irrecevable. Il n'est pas nécessaire d'examiner si l'intimé n'aurait pas dû déclarer irrecevable, pour cause de tardiveté, l'opposition que la recourante avait formée le 27 juillet 2016 contre la décision de mainlevée d'opposition qu'il avait rendue le 29 mars 2016, parce que cette décision-ci aurait dû être réputée avoir été notifiée à la recourante à l'échéance du délai de garde de sept jours du recommandé ayant contenu cette décision.
5. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).



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

**Statuant**

1. Déclare le recours irrecevable.
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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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