

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3846/2011

ATAS/40/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 janvier 2012

2ème Chambre

En la cause

Madame W _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE, sise Rue du Nord 5, 1920
Martigny

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame W_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) était affiliée à UNIVERSA CAISSE MALADIE membre du Groupe Mutuel (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins maladie et accident en 2010.
2. Des frais de pharmacie ont été facturés à la caisse en juin et juillet 2010 et celle-ci a adressé à l'assurée les factures de participations suivantes :
 - a) Une facture du 26 juillet 2010 de 188 fr. 70, suivie d'un rappel le 20 septembre 2010, avec 10 fr. de frais et d'une sommation le 20 octobre 2010 avec 30 fr. de frais ;
 - b) Une facture du 23 août 2010 de 103 fr. 30, suivie d'un rappel le 21 mars 2011 avec 10 fr. de frais et d'une sommation le 19 avril 2011 avec 30 fr. de frais ;
 - c) Une facture du 22 novembre 2010 de 27 fr. 50, suivie d'un rappel le 16 février 2011 avec 10 fr. de frais et d'une sommation le 21 mars 2011 avec 30 fr. de frais ;
 - d) Une facture du 27 septembre 2010 de 156 fr., soit la totalité des frais de pharmacie facturés les 16 et 23 juillet 2010, la caisse mentionnant « les prestations dispensées après la fin du contrat ne sont pas à notre charge », suivi d'un rappel le 17 novembre 2011 avec 10 fr. de frais et d'une sommation le 20 décembre 2011 avec 30 fr. de frais.
3. L'assurée a obtenu le 5 août 2010 que la caisse accepte la résiliation du contrat d'assurance conclu avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010, étant valablement assurée auprès d'une autre caisse dès cette date, ce dont la Cour de céans a pris acte par arrêt du 13 septembre 2010.
4. La caisse a requis la poursuite le 25 mai 2011 pour les montants de 494 fr. 10 avec intérêt à 5% pour les factures impayées ; 120 fr. de frais de sommation relatifs au 4 factures ; 60 fr. de frais d'ouverture de dossier.
5. L'assurée a formé opposition au commandement de payer notifié le 6 août 2011 et la caisse a rendu une décision formelle levant l'opposition le 30 août 2011 en précisant que les frais de poursuite de 53 fr. étaient aussi à la charge de l'assurée.
6. Par pli du 27 septembre 2011, l'assurée a contesté le montant des frais mis à sa charge et a réclamé la justification contractuelle de ceux-ci.
7. La caisse a détaillé par pli du 30 octobre 2011 les factures et a précisé qu'elles n'étaient toujours pas payées, exposant que les frais étaient à charge de l'assurée, qui avait causé des dépenses par sa faute, rejetant ainsi l'opposition formée.

8. Par acte du 10 novembre 2011, l'assurée forme recours contre la décision et conteste les frais de sommation (120 fr.) et d'ouverture de dossier (60 fr.), qui doivent être assimilés à un « enrichissement éhonté ».
9. La caisse conclut au rejet du recours, faisant valoir que les tarifs qu'elle applique pour les frais administratifs sont inférieurs à la moyenne des autres caisses selon l'OFAS. Elle prétend que l'assurée aurait dû adresser à sa nouvelle caisse les factures dès lors que la résiliation du contrat était intervenue avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010 et qu'elle n'a jamais demandé ni délai de paiement ni autre arrangement financier concernant les factures en souffrance.
10. Un délai a été accordé à l'assurée au 13 janvier 2011 pour consulter les pièces, le cas échéant se déterminer et, dans ce délai, elle a persisté dans ses conclusions, admettant devoir la somme de 494 fr. 10, et les frais de commandement de payer mais contestant les frais et indemnités réclamés, car la caisse avait admis le bienfondé de son précédent recours et sa résiliation avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010.
11. La cause a été gardée à juger le 16 janvier 2012.

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).

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^{er} 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. 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). Les décisions sur opposition doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la créance de la caisse contre l'assurée en paiement de 120 fr. de frais de sommation et de 60 fr. de frais d'ouverture de dossier, la recourante ne contestant pas être redevable des autres sommes réclamées, soit 188 fr. 70, 103 fr. 30, 156 fr. et 27 fr. 50, de participations aux frais de maladie selon 4 relevés distincts. Elle considère les frais administratifs disproportionnés, qui doivent selon elle être assimilés à un "enrichissement éhonté".
 - 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). Parallèlement, 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 (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 (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 régler ces questions. Les assureurs doivent ainsi 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 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références).

Au vu de ce qui précède, l'intimée, qui a respecté la procédure prescrite pour le recouvrement de ses créances, était habilitée à lever elle-même l'opposition formée au commandement de payer.

- 4.a) S'agissant plus particulièrement des frais administratifs, 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). 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 (ATFA non publié du 29 janvier 2003, K 28/02, consid. 5). Les frais administratifs perçus par l'assureur doivent se situer "dans une mesure appropriée" (art. 105b al. 3 OAMal).

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).

5. En l'espèce, il est incontestable, sur le principe, que la caisse est en droit de poursuivre la recourante pour le montant des frais occasionnés par son retard. En effet, l'art. 3 des conditions générales complémentaires à l'assurance obligatoire des soins prévoit que l'intimée peut percevoir un intérêt moratoire, ainsi que les frais administratifs notamment pour établir les rappels, les sommations et pour engager

des poursuites. La recourante ne s'est pas acquittée des sommes dues malgré un rappel et une sommation pour chaque facture de sorte qu'il faut considérer qu'elle a occasionné fautivement les frais administratifs.

Au demeurant, le fait que la situation contractuelle était peu claire durant le 1^{er} semestre de 2010, la résiliation du contrat ayant été admise le 5 août 2010 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010, ne dispensait pas l'assurée de payer les sommes réclamées, dès lors que, s'agissant des trois premières factures citées, la caisse avait déjà payé les prestations en question et était donc légitimée à réclamer la participation due. Les frais y afférents sont donc également dus. Pour ce qui est de la quatrième facture de pharmacie payée par la caisse, alors que la résiliation avait été admise, l'intimée était fondée à réclamer le remboursement de toute la facture (et pas seulement une participation), l'assurée disposant du temps nécessaire pour l'adresser à sa nouvelle caisse, entre la facture du 27 septembre et le rappel du 17 novembre 2010, afin d'éviter les frais de rappel et de sommation.

Reste à examiner si la somme de 30 fr. retenue à titre de frais de sommation pour chaque facture et celle de 60 fr. pour l'ouverture du dossier sont excessives, comme le soutient la recourante. La Cour de céans a considéré le montant de 100 fr., réclamé à titre de frais de dossier, dans un cas où la créance en souffrance était de 140 fr. 50 comme "dépassant ce qui était raisonnablement exigible", réduisant ces frais à 70 fr. (ATAS 1034/2007). Usuellement, les assurances perçoivent des frais administratifs entre 20 fr. et 80 fr. (cf. ATAS 964/2010, ATAS 524/2008; cf. aussi ATF np K_1/04 du 6 août 2004). En l'espèce, pour chaque facture en souffrance, les frais de rappel (10 fr.) et de sommation (30 fr.) ont totalisé 40 fr. C'est lors de la réquisition de poursuite seulement que la caisse a ajouté 60 fr. de frais d'ouverture de dossier. Il est indéniable que le retard de paiement a contraint l'assurance à déployer une activité de rappel et de recouvrement, qui est toutefois standardisée et ne nécessite pas un grand travail. Au regard de la casuistique relevée il faut admettre que des frais de rappel et de sommation de 160 fr. pour un montant en souffrance de 475 fr. 50, compte tenu du fait qu'il s'agissait de 4 factures distinctes, soit 40 fr. par facture à recouvrer, n'est pas excessif. Il en va de même des frais d'ouverture du dossier au stade de la poursuite pour les 4 factures. Les frais de sommation de 120 fr, ajoutés aux frais de rappel de 40 fr, ainsi que ceux d'ouverture de dossier de 60 fr. ne paraissent pas, dans le cas particulier, excessifs et ne procurent à la caisse aucun enrichissement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les réduire. Pour le surplus, la recourante ne conteste plus les frais de poursuite.

6. Le recours, mal fondé, est rejeté et la procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Ordonne la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer,.
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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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