RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4213/2020 **ATAS/1124/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 novembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à CARTIGNY	recourant
contre	
HELSANA ASSURANCES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1943, est assuré depuis le 1er juillet 2008 pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès d'AVANEX ASSURANCES SA, laquelle a fusionné avec HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA ou l'intimée) en date du 1er janvier 2017.

b. Dès 2008, l'assuré s'est adressé à AVANEX à plusieurs reprises pour demander la résiliation de sa police d'assurance. AVANEX n'a pas pu répondre favorablement à ces demandes, en raison d'arriérés de paiement à la charge de l'assuré.

c. Le recourant n'ayant pas payé ses primes d'assurance depuis 2008, ainsi que de ses participations aux coûts, malgré l'envoi de nombreux rappels, HELSANA a, ces dernières années, engagé plusieurs procédures de poursuites à son encontre.

d. Le 16 juin 2020, après plusieurs sommations infructueuses, HELSANA a fait notifier à l'assuré un commandement de payer dans la poursuite n°1_____, portant sur les montants de CHF 12'245.40 (créance principale composée des arriérés de primes des mois de janvier 2019 à décembre 2020 et de onze participations aux coûts de prestations médicales prises en charge en 2019), de CHF 464.75 d'intérêts calculés sur les primes échues, et de CHF 470.- de frais de rappel. Le même jour, l'assuré a formé opposition au commandement de payer.

B. a. Par décision du 1er octobre 2020, HELSANA a prononcé la mainlevée de l'opposition formée par l'assuré dans la poursuite n° 1_____, à concurrence de CHF 12'245.40 de primes, CHF 289.25 de participations aux coûts, de CHF 470.- de frais de rappel, de CHF 130.55 de frais de contentieux et de CHF 521.75 d'intérêts, soit CHF 13'656.95 au total.

b. Par pli du 30 octobre 2020, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée.

c. Par décision sur opposition du 13 novembre 2020, HELSANA a confirmé la mainlevée de l'opposition dans la poursuite n° 1_____, à concurrence de :

CHF 12'245.40	créance principale de primes, avec intérêts à 5% dès le 14 mai 2020
CHF 289.25	créance principale des prestations (participations aux coûts)
CHF 470.-	frais de rappel
CHF 464.75	intérêts à 5% jusqu'au 13 mai 2020

La décision du 1er octobre 2020 satisfaisait aux exigences légales et n'avait pas à être accompagnée de pièces justificatives. En outre, au vu des nombreuses procédures diligentées à son encontre, l'assuré devait savoir que son affiliation auprès d'HELSANA était correcte et que le paiement était justifié. S'agissant des frais de rappel de CHF 470.-, l'intimée était légitimée à les réclamer, dans la

mesure où ils étaient prévus par les conditions d'assurance. En revanche, la mainlevée provisoire n'avait pas à être prononcée s'agissant des frais de poursuite. Quant à l'intérêt moratoire de 5%, il était dû en vertu de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales ; HELSANA avait reporté, dans un premier temps, les intérêts dus jusqu'à la date d'échéance des factures de primes et, dans un second temps, un intérêt de 5% dès la date d'introduction de la poursuite, sur le montant poursuivi pour les primes. Les objections formulées par l'assuré n'apportaient pas d'élément nouveau, de sorte que l'opposition devait être rejetée et la décision confirmée.

C. a. Le 14 décembre 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à ce qu'il soit « ordonn[é] à HELSANA [de] s'adresser pour se faire indemniser à l'autorité compétente […] ».

En substance, le recourant a fait valoir que les montants réclamés n'étaient ni explicités, ni accompagnés de justificatifs. En particulier, le commandement de payer de CHF 13'656.95 n'était pas justifié par pièces et portait sur un total plus élevé que celui qui découlait du décompte figurant dans la décision sur opposition (CHF 13'469.40). Il en résultait une violation de son droit d'être entendu et de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, une opposition à un commandement de payer ne pouvant être levée qu'en présence d'un jugement exécutoire ou d'un titre. Par ailleurs, HELSANA n'avait pas fourni de décompte de participation aux coûts permettant de justifier le montant de CHF 289.25 qu'elle lui avait réclamé à ce titre. HELSANA n'avait pas justifié non plus les frais de contentieux (CHF 130.55), de rappel (CHF 470.-) et les intérêts (CHF 521.75) qu'elle lui avait réclamés, de sorte que ces frais et intérêts étaient soit infondés, soit excessifs, auquel cas il se justifierait de les réduire en vertu du principe de la proportionnalité. En tout état de cause, HELSANA savait qu'il était dans l'incapacité de régler ses primes d'assurance dès lors qu'il ne percevait qu'une rente AVS de CHF 1'279.- par mois et qu'une demande de prestations complémentaires était en cours d'instruction. Enfin, dans la mesure où il était notoirement insolvable il incombait à HELSANA de s'adresser à l'autorité compétente du canton de Genève pour qu'elle soit indemnisée du montant réclamé de CHF 13'656.95. Le recourant en tirait la conclusion qu'HELSANA n'était pas en droit de lever son opposition au commandement de payer.

b. Dans sa réponse du 15 janvier 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le recourant ayant reçu divers décomptes de prestations, rappels et sommations détaillants les créances de l'intimée, il devait savoir à quoi correspondaient les montants réclamés. Par ailleurs, HELSANA n'avait reçu aucune annonce des autorités compétentes, notamment du service genevois de l'assurance-maladie, dont il ressortirait que l'assuré serait bénéficiaire de prestations complémentaires ou de prestations d'aide sociale et ne devrait pas faire l'objet de poursuites. Il incombait au recourant, s'il en remplissait les conditions, de demander au canton une

réduction de primes et à défaut d'en bénéficier, il demeurait débiteur de l'entier de celles-ci. Pour le reste, les frais de rappel de CHF 470.- étaient justifiés et pouvaient être facturés jusqu'à hauteur de 10% de la créance principale.

c. Par décision du 17 mars 2021, le Tribunal de première instance, a rejeté la requête d'assistance juridique déposée par le recourant dans la présente procédure, au motif que le recours paraissait dénué de chances de succès.

d. Le recourant a répliqué le 7 juin 2021, persistant dans son argumentation et ses conclusions. Par ailleurs, il a requis que la cause soit suspendue jusqu'à l'issue du recours qu'il avait interjeté contre le refus de l'assistance juridique et jusqu'à ce que le service de l'assurance-maladie statue sur sa demande de subside pour les années 2019 et 2020. Par écritures des 1er septembre et 1er octobre 2021, le recourant a réitéré sa demande de suspension. Le recourant a joint divers courriers, dont il ressort qu'il a déposé auprès du service de l'assurance-maladie des demandes de subside pour les années 2016, 2017, 2018 et 2020, et qu'il a formé opposition, le 3 septembre 2021, contre une décision émanant du service des prestations complémentaires.

e. Par écriture du 23 septembre 2021, l'intimée s'est opposé à la demande de suspension de la procédure, rétorquant que le sort d'un éventuel recours au Tribunal fédéral contre le refus de l'assistance judiciaire n'avait pas d'incidence sur la cause. Il en allait de même de l'octroi ou du refus de l'aide sociale par l'Hospice général, dans la mesure où l'assuré demeurait débiteur des arriérés de primes. Quand bien même un changement de débiteur prenait place, il incombait au juge d'examiner la légalité de la décision litigieuse à la lumière de l'état de fait existant au moment où elle avait été rendue. Enfin, dans le cadre d'une procédure antérieure, le recourant avait déjà invoqué avoir déposé une demande de prestations complémentaires.

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 - 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS/GE E 5 10).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à prononcer la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 1_____.

5. Il convient préalablement de statuer sur la requête de suspension de procédure formulée par le recourant.

   En vertu de l'art. 14 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions.

   La suspension de la procédure peut également être prononcée pour les motifs énoncés à l'art. 78 LPA, soit à la requête simultanée de toutes les parties (let. a), le décès d'une partie (let. b), la faillite d'une partie (let.c), son interdiction (let. d), la cessation des fonctions en vertu desquelles l'une des parties agissait (let. e) ou le décès, la démission, la suspension ou la destitution de l'avocat ou du mandataire qualifié constitué (let. f).

   En l'espèce, force est de constater qu'une suspension de procédure ne se justifie pas, que ce soit sous l'angle de l'art. 78 LPA ou de l'art. 14 LPA. Une suspension sur la base de l'art. 78 LPA ne peut pas être ordonnée, l'intimée s'étant formellement opposée à une telle mesure. Par ailleurs, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il sollicite une suspension de procédure fondée sur l'art. 14 LPA, pour le motif qu'il a déposé une demande de prestations complémentaires et une demande de subside de l'assurance-maladie, dont l'instruction est en cours. C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Or, il ressort en l'occurrence des pièces versées à la procédure qu'à la date de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas été mis au bénéfice d'un subside pour les années 2019 et 2020, soit durant la période visée par la poursuite litigieuse. En octobre 2021, lorsque le recourant a adressé ses dernières écritures à la CJCAS, un tel subside ne lui avait toujours pas été octroyé. En tout état de cause, il ressort de la jurisprudence du Tribunal fédéral que les assureurs ne sont pas parties à la procédure devant l'autorité cantonale compétente en matière d'octroi de subsides et que les décisions prises à ce sujet ne peuvent créer ni droit ni obligation en leur faveur ou à leur détriment. Les assureurs n'ont pas à tenir compte au moment de prélever les primes de l'existence d'une procédure en cours d'octroi de subside de l'assurance-maladie, raison pour laquelle une suspension de procédure ne se justifie pas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_5/2008 du 13 février 2008 consid. 2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 13/06 du 29 juin 2007 consid. 4.5). Enfin, comme le fait remarquer l'intimée à juste titre, l'issue d'un éventuel recours au Tribunal fédéral contre le refus de l'assistance judiciaire est sans incidence sur le sort de la procédure au fond, de sorte qu'une suspension de procédure pour ce motif ne se

justifie pas non plus. Eu égard à ce qui précède, la requête de suspension de la procédure sera rejetée.

6. 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). Selon l'art. 90 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.

   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 (jusqu'au 31 juillet 2007: art. 90 al. 3 OAMal; depuis le 1er août 2007: art. 105b OAMal). 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).

7. 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 (ATF 119 V 329 consid. 2b; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

8. a. Aux termes de l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur leur 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). Si, malgré la sommation, l'assuré ne

paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. […] (al. 2).

b. Selon l'art. 105b OAMal, les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2).

Les conditions d'assurance d'HELSANA relatives à l'assurance obligatoire des soins (BeneFit PLUS), dans leur teneur en vigueur au 1er janvier 2021, prévoient à leur chiffre 13 que les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et participations aux coûts, tels que les frais de rappel et les frais d'encaissement, vont à la charge de la personne assurée.

Selon la jurisprudence, l'assureur peut émettre des règles autonomes quant aux frais de sommation perçus en cas de demeure de l'assuré, pour autant que ces coûts aient été causés par l'assuré et que le dédommagement soit approprié (ATF 125 V 276 consid. 2c/bb). En d'autres termes, l'assurance doit s'en tenir au principe d'équivalence, qui exige qu'un émolument ne soit pas en disproportion manifeste par rapport au paiement en souffrance et reste dans des limites raisonnables (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 et les références). Les frais administratifs ne doivent pas être une source de revenus supplémentaires pour l'assurance mais uniquement couvrir ses coûts (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung *in* Soziale Sicherheit, SBVR, Band XIV, 3ème éd. 2016, n. 1349).

Dans le cadre de l'appréciation du principe d'équivalence, le Tribunal fédéral a considéré que des frais de CHF 160.- prélevés pour des factures impayées d'un montant total de l'ordre de CHF 2'130.- environ restaient proportionnés, bien qu'il s'agissait d'un cas limite (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 112/05 du 2 février 2006 consid. 4.3). Il a retenu que des frais s'élevant à CHF 300.- pour des retards de paiements à hauteur de CHF 4'346.70 restaient également dans les limites acceptables au vu des circonstances (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 76/03 du 9 août 2005 consid. 3). Il n'a pas non plus remis en cause des frais de rappel de CHF 20.- pour une facture de CHF 62.50 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 24/06 du 3 juillet 2005). S'agissant de frais de rappel de CHF 480.- pour des factures de CHF 1'025.25, de CHF 280.- pour des frais de CHF 735.60, de CHF 280.- pour des factures de CHF 549.95, notre Haute Cour a considéré que les frais de rappel n'étaient plus dans une proportion raisonnable par rapport aux paiements de primes en retard, puisqu'ils représentaient de 40 à 50 % des primes impayées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_873/2015 du 4 février 2016 consid. 4.2.1).

c. En vertu de l'art. 26 al. 1 LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux d'intérêt moratoire pour les primes échues est de 5% par année (art. 105a OAMal).

Selon l'art. 10 des conditions d'assurance d'HELSANA relatives à l'assurance obligatoire des soins (BeneFit PLUS), les primes doivent être payées d'avance et sont échues le premier jour de chaque mois ou, si d'autres périodes de paiement ont été convenues, le premier jour de la période correspondante.

9. a. En l'espèce, sur le fond, il convient tout d'abord de relever que les créances de primes et de participations aux coûts réclamées par l'intimée sont établies par les pièces du dossier (cf. notamment les polices d'assurance 2019 et 2020, ainsi que les différents décomptes de prestation figurant dans le dossier de l'intimée), quoi qu'en dise le recourant.

b. Ensuite, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient que, selon les art. 64a al. 3 LAMal et 105i OAMal, HELSANA « devait » demander à l'autorité cantonale compétente de prendre en charge les créances impayées, et qu'à défaut de l'avoir fait, elle n'était pas en droit de lever l'opposition au commandement de payer.

En vertu de l'art. 64a al. 4 LAMal, les cantons sont tenus de prendre en charge 85 % des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Pour obtenir le versement de ces montants, les assureurs doivent, conformément à l'art. 64a al. 3 LAMal, annoncer à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances impayées, après avoir demandé à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées. Selon l'art. 64a al. 8 LAMal, le Conseil fédéral désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Faisant application de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 105i OAMal, aux termes duquel sont assimilés à des actes de défaut de biens au sens de l'art. 64a al. 3 LAMal les décisions d'octroi de prestations complémentaires ou des titres équivalents qui constatent l'absence de ressources financières propres de l'assuré, mandat étant donné aux cantons de désigner les décisions et titres concernés.

Le Tribunal fédéral a été amené à examiner la question de l'autonomie laissée aux assureurs, dans le contexte de la prise en charge par les cantons des arriérés de primes et de participations aux coûts, pour recouvrer par la voie de la poursuite pour dettes les créances qu'ils ont à l'encontre de leurs assurés bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de l'aide sociale (ATF 141 V 175). Les juges fédéraux ont notamment précisé que les art. 64a LAMal et 105i OAMal n'interféraient pas dans la relation contractuelle entre assureur et assuré, de sorte que l'assureur restait le seul et unique créancier de l'assuré, même si le canton prenait en charge 85 % des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent avait été délivré.

L'assureur demeurait seul habilité à obtenir le paiement des créances impayées, que ce soit par le biais de la poursuite pour dettes au sens de la LP ou d'une convention de remboursement. Par ailleurs, un canton n'avait pas le pouvoir d'empêcher un assureur-maladie de mettre en poursuite un assuré pour le montant des primes et des participations aux coûts qui ne seraient pas couvertes par les réductions de prime ou les prestations complémentaires allouées par le canton. Une telle interdiction reviendrait à rendre illusoire, eu égard aux règles de la prescription, la possibilité de pouvoir récupérer un jour ces montants, ce qui ne serait dans l'intérêt ni de l'assureur ni du canton tenu de prendre en charge les créances impayées, dès lors que ce dernier a droit à la restitution de 50% des montants récupérés par l'assureur (consid. 4.4 et 4.5).

En d'autres termes, indépendamment des art. 64a LAMal et 105i OAMal, seul l'assureur-maladie peut obtenir le paiement des créances impayées. Le canton n'a pas le pouvoir d'empêcher un assureur-maladie de mettre en poursuite un assuré. Corollairement, la décision de mainlevée prononcée par l'assureur n'enfreint pas les art. 64a LAMal et 105i OAMal, contrairement à ce que prétend le recourant. Lorsque, comme en l'espèce, l'assuré ne paie pas ses primes d'assurance-maladie et les participations aux coûts, son assureur-maladie doit, conformément à l'art. 64a al. 2 LAMal, faire valoir ses prétentions par la voie de l'exécution forcée. De son côté, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif, quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières (arrêt du Tribunal fédéral 9C_5/2008 du 13 février 2008 consid. 1.4).

c. L'argument du recourant tiré d'une violation du droit d'être entendu et du (prétendu) défaut de motivation des frais et participations aux coûts visés par la poursuite doit également être écarté.

Le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Pour satisfaire à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé son raisonnement. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents. (ATF 142 II 154 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2020 du 28 mai 2021 consid. 5.2).

En l'occurrence, l'intimée a adressé au recourant des décomptes précis en lien avec les paiements demandés, qui lui permettaient de vérifier l'identité des fournisseurs de prestations et les montants facturés. Ces décomptes figurent dans le dossier produit par l'intimée à l'appui de sa réponse (pièces 4 à 33). Le recourant ne conteste pas que les soins qui font l'objet des décomptes de prestations lui ont bien été prodigués. Il est ainsi bien le débiteur du montant de CHF 289.25 dû à ce titre,

correspondant à sa participation aux frais de traitement après déduction de la franchise pour la période de juillet à novembre 2019 (sur la même question, cf. notamment ATAS/709/2018 du 20 août 2018 consid. 11).

d. En ce qui concerne les frais de rappel, l'intimée était fondée à en exiger le paiement, dans la mesure où leur perception est prévue par l'art. 13 des conditions d'assurance d'HELSANA. Contrairement à ce que soutient le recourant, le montant de CHF 470.- réclamé à ce titre par HELSANA – dans la mesure où il représente environ 4% de la somme des arriérés de primes et de participations aux coûts visés par la poursuite (CHF 12'534.65) – s'inscrit dans un rapport raisonnable avec la créance principale et ne prête donc pas le flanc à la critique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_873/2015 du 4 février 2016). On précisera incidemment que les frais de rappel de CHF 470.- réclamés par l'intimée s'avèrent relativement modestes, dès lors que si l'on additionnait les montants facturés dans les « derniers rappels » adressés au recourant (cf. pièces n°10, 42, 44, 53, 54, 62, 69, 70, 73, 75, 76 et 77 du dossier de l'intimée), le total dû à ce titre s'élèverait, en réalité, à CHF 520.- (CHF 50.- + CHF 70.- + CHF 40.- + CHF 50.- + CHF 20.- + CHF 20.- + CHF 20.- + CHF 40.- + CHF 40.- + CHF 50.- + CHF 40.- + CHF 80.- = CHF 520.-).

e. S'agissant des intérêts moratoires, c'est à bon droit que l'intimée a réclamé le versement d'intérêts à 5% sur les primes échues, conformément aux art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal.

f. En dernier lieu, on relèvera incidemment que dans la décision initiale de mainlevée du 1er octobre 2020, l'intimée avait mis à charge du recourant des frais de contentieux de CHF 130.55, qu'elle n'a pas repris dans sa décision sur opposition, raison pour laquelle le total réclamé dans la décision sur opposition est légèrement plus bas que celui ressortant de la décision initiale (cela s'explique également par le calcul des intérêts, qui ont été chiffrés dans la décision sur opposition à CHF 464.75 [jusqu'à la date d'introduction de la poursuite], alors que dans la décision initiale, ils avaient été estimés à CHF 521.75). C'est à juste titre que l'intimée a exclu de sa décision sur opposition le montant de CHF 130.55, qui correspond à l'avance de frais requise par l'Office des poursuites et aux frais de notification du commandement de payer. Conformément à l'art. 68 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP - RS 281.1), les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur (al. 1, 1ère phrase). Un créancier est fondé à les prélever sur les premiers versements du débiteur (al. 2). Toutefois la caisse-maladie n'a pas à signifier de décision de mainlevée pour ces frais, dont le paiement est prévu par la loi et qui ne font pas l'objet de la procédure de mainlevée (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 112/05 du 2 février 2006 consid. 5.1 et K 79/02 du 12 février 2003 consid. 4).

10. En définitive, le recourant n'a pas apporté la preuve qu'il s'était acquitté des arriérés de primes et de participations aux coûts dans le cadre de la poursuite n° 1_____. L'intimée était donc fondée à lui réclamer le paiement de ces arriérés, de même que celui des frais et intérêts moratoires, et à lever son opposition au commandement de

payer, conformément aux dispositions légales et à la jurisprudence susmentionnées. Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

11. Si la procédure est en principe gratuite, l'art. 61 let. a 2ème phrase LPGA prévoit que des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Agit par témérité ou légèreté, la partie qui sait ou qui devait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits évoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à retirer son recours (ATF 124 V 287 consid. 3b et les références citées). Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité. Il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (SVR 2004 EL n. 2 p. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1026/06 du 6 juin 2007 consid. 7.1).

    En l'espèce, bien que l'assuré ait sollicité la juridiction de céans dans une mesure qui peut paraître excessive, en déposant ces dernières années de (très) nombreux recours, la CJCAS renoncera néanmoins à mettre un émolument à sa charge, dès lors que certains des griefs soulevés dans la présente procédure n'ont pas fait l'objet d'un arrêt entré en force. La procédure reste donc 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. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 1_____.
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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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