RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4325/2020 **ATAS/898/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, France recourant

contre

PROGRES ASSURANCES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF, représentée par HELSANA ASSURANCES SA intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), habitant en France, mais ayant débuté une activité lucrative en Suisse, a été affilié d'office auprès de PROGRES ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins, à compter du 1er août 2016, par le service de l'assurance-maladie de Genève (ci-après : SAM; cf. décision du SAM du 5 août 2016).

2. Il a été mis fin à cette affiliation avec effet au 24 octobre 2017, suite à la cessation de l'activité lucrative de l'assuré. L'assurance a alors corrigé la prime du mois d'octobre au prorata des jours assurés, en réduisant de CHF 86.40 le montant facturé initialement pour ce mois-là.

3. Les primes des mois d'août 2016 à octobre 2017 ont fait l'objet de plusieurs rappels et sommations, en vain. L'assuré ne s'en est jamais acquitté.

4. Le 4 décembre 2019, l'assurance a rendu une décision établissant le montant à lui verser : soit CHF 4'935.60 de créance de base, CHF 740.- de frais de rappel et un intérêt de 5% (CHF 512.10), soit un total de CHF 6'187.70.

5. Le 23 avril 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant être déjà assuré auprès d'une caisse de Haute-Savoie.

6. Par courrier du 8 avril 2020, l'assurance lui a rappelé que son affiliation d'office avait été ordonnée par le SAM et que seul ce dernier pouvait l'annuler. Il lui était dès lors conseillé de prendre contact au plus vite avec cette autorité ; un délai au 15 mai 2020 lui était octroyé pour entreprendre les démarches nécessaires.

7. Par décision du 24 novembre 2020, l'assurance a rejeté l'opposition.

   En substance, elle a constaté que l'assuré n'avait pas été exempté de l'obligation de s'affilier au régime d'assurance obligatoire suisse. Au contraire, il lui avait été affilié d'office par le SAM. Or, aucune demande d'annulation de cette affiliation n'avait été formulée.

8. Par écriture du 14 décembre 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

   Il allègue avoir fourni tous les documents nécessaires prouvant qu'il est resté affilié en France durant la période considérée. Il fait remarquer que l'assurance qui lui est imposée fait dès lors double emploi avec la sienne. Il argue avoir demandé plusieurs fois à l'assurance de le « désinscrire ». Enfin, il affirme que ses revenus ne lui permettent pas de s'acquitter des montants qui lui sont réclamés.

9. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 19 janvier 2021, a conclu au rejet du recours.

Elle souligne avoir déjà maintes fois indiqué à l'assuré que c'est au SAM qu'il devait demander l'annulation de son affiliation d'office.

10. Invité à consulter le dossier et à se déterminer éventuellement, l'assuré ne s'est pas manifesté.

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. Le recours, interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'assurance fixant les montants dus par le recourant suite à l'affiliation d'office à laquelle a procédé le SAM.

4. a. 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 (art. 3 al. 1 LAMal). Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement ou sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse (art. 3 al. 3 LAMal).

   L'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) prévoit que sont tenues de s'assurer, notamment, les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses États membres, sur la libre circulation des personnes (ALCP) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a de la loi (art. 1 al. 2 let. d OAMal), étant précisé que cet art. 95a let. a LAMal fait référence aux règlements n°1408/71 et 574/72 « dans leur version adaptée » (donc aux règlements n°883/2004 et n°987/2009).

   b. Selon l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affilie d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2).

Selon l'art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis.

Selon l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'art. 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2). L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (al. 3).

c. Conformément à l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (al. 1).

d. 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). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas les primes dans le délai imparti, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 ab initio).

Selon l'art. 24 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

e. L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunératoires. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année.

f. L'art. 105b OAMal stipule que 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).

g. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5).

Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C_870/2015 et 9C_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 ; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017).

h. 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 et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1).

5. En l'espèce, le recourant ne conteste pas ne pas s'être acquitté des montants réclamés, pas plus qu'il n'en conteste le montant. Les arguments qu'il avance sont tous relatifs au bien-fondé de son affiliation d'office.

   Or, celle-ci a été prononcée par le SAM, dont l'assurance était tenue d'appliquer la décision. Comme l'intimée l'a plusieurs fois indiqué au recourant, si ce dernier entendait contester son affiliation, il lui appartenait de le faire auprès de l'autorité compétente, à savoir le SAM, ce qu'il ne démontre pas avoir fait.

   Eu égard à ce qui précède, il apparaît qu'en l'état, les primes des mois d’août 2016 à octobre 2017 restent dues et que la caisse est incontestablement en droit de réclamer au recourant les montants des primes impayées, ainsi que les frais de poursuite et de sommation (ATF 125 V 276).

   En conséquence, le recours est rejeté.

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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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