

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4391/2010

ATAS/412/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2011

9<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur W \_\_\_\_\_, domicilié à Carouge, représenté par M. \_\_\_\_\_ recourant  
A \_\_\_\_\_, c/o Mme B \_\_\_\_\_, Centre d'action sociale de Carouge

contre

LA CAISSE VAUDOISE, domiciliée Rue du Nord 5, 1920  
Martigny

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Luis ARIAS, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur W\_\_\_\_\_ est assuré auprès du GROUPE MUTUEL pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10). En 2009, sa prime mensuelle s'est élevée à 384 fr. 30.
2. L'assuré a pris du retard dans le paiement de ses primes et de la participation de frais à sa charge. L'assurance a ainsi été amenée, après des rappels restés vains dans lesquels elle précisait que le non paiement des arriérés pouvait entraîner la suspension de la couverture d'assurance, à faire notifier les commandements de payer suivants:
  - portant sur les sommes de 2'226 fr. 30 (arriéré de primes et participation), 90 fr. (frais de sommation) et 80 fr. (frais d'ouverture de dossier), demeuré sans opposition; la continuation de la poursuite a été sollicitée.
  - portant sur les sommes de 1'326 fr. 90 (arriéré de primes et participation), 120 fr. (frais de sommation) et 80 fr. (frais d'ouverture de dossier), demeuré sans opposition et ayant donné lieu à l'acte de défaut de biens, dont le montant, y compris les frais, a été remboursé par le Service cantonal de l'assurance-maladie (ci-après: SAM).
  - portant sur les sommes de 485 fr. 35 (arriéré de primes), 60 fr. (frais de sommation) et 80 fr. (frais d'ouverture de dossier), demeuré sans opposition et ayant donné lieu à un acte de défaut de biens, dont le montant a été remboursé, y compris les frais, par le SAM.
  - portant sur les sommes de 445 fr. 35 (arriéré de primes et participation), 60 fr. (frais de sommation) et 80 fr. (frais d'ouverture de dossier), auquel l'épouse de l'assuré a fait opposition, levée par décision de l'assureur du 28 septembre 2010. La continuation de la poursuite a été requise.
  - portant sur les sommes de 1'433 fr. 40 (arriéré de primes et participation), 120 fr. (frais de sommation) et 80 fr. (frais d'ouverture de dossier), demeuré sans opposition; la continuation de la poursuite a été sollicitée.
3. Par courriers des 6 janvier, 12 avril, 12 juillet et 24 novembre 2010, adressés à l'assuré à la suite de chaque réquisition de continuer la poursuite, l'assurance a informé ce dernier qu'en raison du retard de paiement, elle était au regret de suspendre la prise en charge des prestations d'assurance.
4. Dans un courrier, reçu le 7 avril 2010 par l'assurance, l'épouse de l'assuré a demandé à celle-ci de bien vouloir "calculer[r] toutes les factures que vous devez nous rembourser et tous les arriérés à moi et à mon époux qu'on doit à l'assurance, et vous déduisez les arriérés sur les factures à rembourser".

5. Le 21 avril 2010, l'assurance a répondu qu'elle avait compensé les prestations dues avec les arriérés, de sorte que l'épouse était à jour dans le paiement de ses primes et factures de participation. En revanche, le compte de l'assuré présentait un solde négatif de 6'198 fr. 70. La suspension ne pouvait ainsi être levée pour celui-ci.
6. A la suite de la contestation du 20 juillet 2010 faite par le représentant de l'assuré se prévalant, notamment, du fait que les suspensions étaient intervenues sans qu'une décision formelle n'ait été rendue, l'assurance a répondu qu'elle avait accepté la compensation à titre exceptionnel et qu'une décision formelle quant à la suspension allait être rendue.
7. Par décision du 28 juillet 2010, l'assurance a récapitulé les soldes en souffrance, soit 2'466 fr. 30, de 1'655 fr. 50 et de 675 fr. 35 et invoqué l'art. 62 al. 2 LAMal pour suspendre ses prestations. Elle a précisé qu'il s'agissait d'une décision formelle susceptible d'opposition.
8. A la suite de l'opposition formée par l'assuré, l'assurance a confirmé sa décision le 29 novembre 2010, relevant, notamment, que la suspension avait pris effet dès le 28 juillet 2010. La décision sur opposition a également retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours.
9. Par acte expédié le 30 décembre 2010, l'assuré recourt contre cette décision, dont il demande l'annulation. Il conclut à ce qu'il soit ordonné à l'assurance de lui restituer les éventuels montants versés par l'Etat de Genève, qu'il soit dit que la compensation effectuée n'était pas légale et que la reprise du paiement intégral des prestations d'assurance "pour la période en question" soit ordonnée.

L'assurance conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition.

Dans sa détermination du 14 mars 2011, l'assuré a persisté dans ses conclusions, comme l'a fait l'assurance, dans son écriture du 1<sup>er</sup> avril 2011, transmise par courrier du 4 avril 2011 à l'intéressé.

Il sera revenu ci-après, dans la mesure utile à la solution du litige, sur les arguments des parties.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

Par ailleurs, le recours est recevable pour avoir été déposé dans les formes et délai prescrits (art. 60 et 61 LPGA). En revanche, le chef de conclusions tendant à la constatation que la suspension opérée par l'intimée était illégale est irrecevable. En effet, ce chef de conclusions est le préalable nécessaire à la conclusion tendant à la condamnation de l'assurance de reprendre le paiement intégral de ses prestations; il n'a donc pas de portée propre.

2. Le recourant se plaint du fait que les décisions de suspension des prestations, communiquées avant la décision du 28 juillet 2010, ne comportaient pas d'indication quant aux voies de droit. Il en déduit qu'avant cette date, les poursuites intentées par l'assurance ne se fondent sur aucune base légale, de sorte que l'intimée doit lui rembourser les sommes indument perçues par le SAM. Le recourant constate, en outre, que l'intimée n'a, dans les faits, pas suspendu ses prestations avant la décision du 28 juillet 2010, dès lors qu'elle s'est contentée de compenser les arriérés avec les prestations dues. Cette compensation était contraire à l'art. 105 let. c al. 5 OAMal ainsi qu'à l'art. 8 Cst. féd.
- 3.a) Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er 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).
- b) En l'espèce, contrairement aux communications faites à l'assuré, l'intimée n'a suspendu les prestations qu'à partir de sa décision formelle du 28 juillet 2010, ce que le recourant a d'ailleurs parfaitement compris. Dès lors qu'elle n'a, avant cette date, procédé à aucune suspension, il n'était pas nécessaire qu'elle rende une décision formelle à cet égard. L'éventuel vice dont seraient affectées ses communications des 6 janvier, 12 avril, 12 juillet 2010 ne porte ainsi pas à

conséquence. La décision du 28 juillet 2010, par laquelle l'assurance a décidé de procéder à la suspension de ses prestations, répond aux réquisits formels légaux, à savoir qu'il s'agit d'une décision motivée, indiquant les voies de recours (art. 49 ss LPGa). Sa validité formelle doit ainsi être admise. Il convient d'en examiner le bien-fondé.

- 4.a) Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise), ainsi que dix pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part; al. 2). 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 recouvrir 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).

L'art. 64a LAMal prévoit que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, malgré un rappel indiquant les conséquences du non-paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement. Simultanément, il informe le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer que les prestations sont suspendues. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées (al. 2). Dès le paiement intégral des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension (al. 3). L'art. 105c al.1 OAMal rappelle que l'assureur, qui a requis la continuation de la poursuite, doit suspendre le remboursement des coûts (système du tiers garant) ou la rémunération des prestations (système du tiers payant). L'al. 5 de la même disposition précise que lors de la suspension de la prise en charge des prestations, les assureurs ne peuvent pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui leur sont dues. Enfin, lorsqu'un canton garantit le paiement ou le remboursement par forfait des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires et des frais de poursuite ne pouvant être recouverts, il peut convenir avec un ou plusieurs assureurs des conditions auxquelles les assureurs renoncent à suspendre la prise en charge des prestations (art. 105c al. 6 OAMal).

- b) En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs-maladie sont tenus de se conformer aux principes généraux, notamment constitutionnels (ATF 129 V 53 consid. 1.1). Le principe d'égalité (art. 8 Cst.) et la protection contre l'arbitraire (art. 9 Cst.) sont étroitement liés. Une décision est arbitraire lorsqu'elle ne repose pas sur des motifs sérieux et objectifs ou n'a ni sens ni but. Elle viole le principe de l'égalité de traitement lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler ou lorsqu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et lorsque ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante (ATF 131 I 1 consid. 4.2; 129 I 346 consid. 6). L'inégalité de traitement apparaît ainsi comme une forme particulière d'arbitraire, consistant à traiter de manière inégale ce qui devrait l'être de manière semblable ou inversement (ATF 129 I 346 consid. 6; 1 consid. 3; 127 I 185 consid. 5).
- c) En l'espèce, l'intimée était tenue d'agir en vue du recouvrement des montants exigibles, en vertu de l'obligation imposée aux assureurs de recouvrer les primes et participations aux coûts impayés. Les poursuites intentées étaient donc parfaitement fondées. Par ailleurs, l'assurance a régulièrement mis en demeure, puis sommé son assuré de s'acquitter des montants incontestablement dus, en indiquant qu'elle allait, à défaut de paiement dans le délai imparti, procéder au recouvrement de sa créance, d'une part, et qu'elle était, d'autre part, en droit de suspendre ses prestations. A la suite des réquisitions de continuer la poursuite, établies plus de 30 jours après les derniers rappels auxquels les créances y relatives se rapportent, elle a informé son assuré du fait qu'elle avait averti le SAM de la situation. Ce faisant, l'intimé a respecté la procédure prévue par la loi, telle que décrite supra (consid. 3a). Lorsqu'elle a rendu la décision de suspension le 28 juillet 2010, trois poursuites étaient arrivées au stade de la continuation de poursuite et n'avaient pas encore été prises en charge par le SAM. S'étant conformée aux incombances légales, l'intimée était en droit de suspendre ses prestations (cf. ATF np 9C\_786/2008 consid. 4). Elle a également correctement informé l'assuré du fait que la suspension prendrait fin dès le paiement intégral des arriérés, ce qui n'est toujours pas le cas, des poursuites n'étant toujours pas soldées.

Avant la décision de suspension, l'assurance a, à la demande expresse de l'assuré, compensé ses créances avec ses prestations. Une telle compensation était admissible au regard de l'art. 105c al. 6 OAMal. En outre, l'assuré adopte une attitude contradictoire en tant qu'il reproche à l'assurance d'avoir procédé à une compensation, alors qu'il l'a lui-même requise par le biais de son épouse, dont il ne soutient pas qu'elle aurait dépassé ses pouvoirs de représentation. Cette attitude contradictoire ne saurait être protégée (art. 2 al. 2 CC).

Malgré la compensation, un solde de plus de 6'000 fr. en faveur de l'assureur a subsisté. Celui-ci était ainsi habilité à continuer les poursuites en cours, puis à suspendre ses prestations, comme cela a été exposé plus haut.

Enfin, il n'apparaît pas que l'intimée ait introduit une inégalité de traitement entre assurés au sens de l'art. 8 Cst féd., du fait qu'elle a dénoncé la convention la liant au canton de Genève. D'une part, et contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimée ne pourrait se voir reprocher une inégalité de traitement que si elle traitait différemment des assurés se trouvant dans la même situation. Or, aucun élément au dossier ne permet de retenir que tel serait le cas. Le recourant ne fait d'ailleurs pas valoir que d'autres assurés genevois de l'intimée, se trouvant également en situation de non paiement de leur prime ou de la participation aux coûts à leur charge, n'auraient pas vu leur couverture suspendue dans l'attente de la prise en charge par le SAM. D'autre part et comme le relève à juste titre l'assureur, la pratique dont se prévaut le recourant est celle d'autres assureurs. Emanant d'autorités différentes, cette pratique ne peut être opposée, sous l'angle du grief de l'inégalité de traitement, à l'intimée. En outre, l'art. 64a al. 2 LAMal autorise expressément l'assureur à suspendre ses prestations en cas de non-paiement des primes. En tant que l'intimée n'a fait qu'appliquer une disposition de droit fédéral, elle ne peut se voir reprocher une inégalité de traitement. Enfin, le recourant ne peut se prévaloir d'aucun droit à ce que l'assureur ne suspende pas ses prestations en cas de défaut de paiement des primes. Son grief doit donc être rejeté.

En conclusion, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

\* \* \*

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

**Statuant**

**A 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

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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