

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/597/2011

ATAS/414/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 mai 2011**

**9ème Chambre**

En la cause

Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à Châtelaine

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise Rue du Nord 5, 1920 Martigny

intimée

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

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ est assuré auprès de 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) ainsi qu'en assurance complémentaire à cette assurance selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). En 2010, sa prime mensuelle en assurance obligatoire s'est élevée à 342 fr. 90, celle de l'assurance complémentaire à 20 fr. 10 (pièce 1 int.).
2. Par courrier du 6 avril 2010, l'assuré a résilié sa police d'assurance pour le 31 décembre 2010 (pièce 22 int.). L'assurance lui a répondu qu'il ne pouvait se départir valablement du contrat d'assurance obligatoire qu'à la double condition de fournir, avant le 31 décembre 2010, une attestation d'affiliation auprès d'un autre assureur, d'une part, et, d'autre part, d'avoir versé, également avant le 31 décembre 2010, l'intégralité des primes (pièce 23 int.).
3. L'assuré ne s'étant pas acquitté des primes d'avril, mai et juin 2010, l'assurance l'a mis en demeure pour le paiement de chaque prime mensuelle de 363 fr., respectivement les 23 avril, 21 mai et 18 juin 2010, réclamant, en sus, des frais de rappel de chaque fois 10 fr. (pièces 4, 7 et 10 int.).
4. Ces rappels étant demeurés infructueux, l'assureur a adressé des nouveaux rappels les 21 mai, 18 juin et 23 juillet 2010, indiquant qu'en cas de non paiement des primes, il était en droit de suspendre le versement de ses prestations et de se départir de l'assurance complémentaire. Les frais de sommation s'élevaient, pour chaque sommation, à 30 fr. (pièces 5, 8 et 11 int.).
5. En l'absence de tout paiement de la part de l'assuré, l'intimé lui a fait notifier un commandement de payer les sommes de 1'098 fr. avec intérêts à 5% dès le 3 septembre 2010, correspondant aux primes d'avril à juin 2010, à 90 fr. à titre de frais de sommation et à 80 fr. à titre de frais d'ouverture de dossier. L'assuré a formé opposition.
6. Malgré une nouvelle sommation, le poursuivi ne s'est pas acquitté des montants en souffrance. L'assureur a ainsi rendu, le 24 novembre 2010, une décision prononçant la mainlevée de l'opposition pour la somme de 1'268 fr. 70. Ce montant ne tient pas compte des primes d'assurance complémentaire, que l'assurance a renoncé à percevoir, mais inclut 80 fr. de frais d'ouverture de dossier, 90 fr. de frais de sommation et 70 fr. de frais de poursuite (pièce 15 int.).
7. Dans un premier courrier non daté, l'assuré a expliqué - en des termes peu amènes - maintenir son opposition. Il avait résilié les contrats pour le 31 décembre 2010 et ne se considérait donc plus lié. Par ailleurs, il avait connu une période de chômage de un an et deux mois, ne disposant alors que de 2'600 fr. par mois (pièce 16 int.).

Dans un second courrier, également non daté, reçu par l'assurance le 10 décembre 2010, l'assuré a derechef exposé maintenir son opposition, s'indignant de l'attitude de l'assurance qu'il a qualifiée de harcèlement à son égard (pièce 17 int.).

8. Considérant que l'opposition à sa décision ne satisfaisait pas aux exigences de l'art. 10 OPGA, l'intimée a imparti un délai au recourant au 31 janvier 2011 pour motiver son opposition (pièce 18 int.).
9. Par courrier de la même date, l'assuré a expliqué qu'il se trouvait dans l'impossibilité de payer les primes en raison de ses difficultés financières. Il persistait à considérer le comportement de l'assurance à son égard comme un acte de harcèlement, d'offense et de provocation (pièce 19 int.).
10. Le 9 février 2011, l'assurance a accusé réception du courrier précité.
11. Par décision du 15 février 2011, elle a rejeté l'opposition de son assuré, considérant celle-ci infondée. Elle a relevé que la loi la contraignait à poursuivre le paiement des primes impayées. Par ailleurs, elle a rendu son assuré attentif au fait qu'il pouvait percevoir des subsides en s'adressant au service de l'assurance maladie (SAM) à Genève. En outre, elle a précisé qu'elle pouvait intervenir auprès de ce service pour le recouvrement des arriérés seulement si elle était au bénéfice d'un acte de défaut de biens (pièce 21 int.).
12. Par acte expédié le 28 février 2011, l'assuré recourt contre cette décision. Il sera revenu ci-après sur l'argumentation développée dans son acte de recours.

L'assureur conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Sa détermination a été transmise à l'assuré le 31 mars 2011.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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 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).

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

3. Le recourant se plaint de l'attitude de l'assurance, qui n'a pas tenu compte de sa situation financière difficile à la suite d'une période de chômage de plus d'un an. L'insistance de l'intimé n'avait fait qu'aggraver sa dépression. Il lui était impossible de s'acquitter de sa dette en un seul paiement. Il était cependant conscient du fait qu'il se trouvait en "porte à faux avec la loi" et entendait faire preuve de bonne volonté. Par ailleurs, il avait conclu un nouveau contrat d'assurance obligatoire avec ASSURA. Il souhaitait changer d'assureur, mais se rendait compte qu'il devait résilier ce second contrat et rester assuré auprès de l'intimé.
  - 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 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 (cf. art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus - ce dont le recourant semble d'ailleurs conscient - de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (cf. art. 105b OAMal). L'intimé n'avait donc pas une grande marge de manœuvre à la suite du défaut de paiement par le recourant des primes d'assurance obligatoire; son attitude ne peut pas être qualifiée de harcèlement. Elle se conformait à son devoir légal.
  - b) 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 (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition (ATF 131 V 147). L'art. 88 al. 2 LAMal prévoit 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 sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (cf. aussi ATF 125 V 273 consid. 6c).

En l'espèce, l'intimé a respecté la procédure prescrite pour le recouvrement de ses créances, ce que le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause.

L'assurance a levé l'opposition à concurrence des montants correspondant aux primes de l'assurance obligatoire pour les mois d'avril à juin 2010 d'un total 1'028 fr. 70 (3 x 342 fr. 90), aux frais de sommation de 3 x 30 fr. et d'ouverture de dossier de 80 fr. - admissibles au regard de l'art. 105b OAMal et de l'art. 3 ch. 1 des conditions générales de l'assurance obligatoire de l'intimé (ATF 125 V 276; ATFA non publié du 29 janvier 2003, K 28/02, consid. 5) - et aux frais de poursuite de 70 fr. Il n'y a toutefois pas lieu de lever l'opposition pour ce dernier montant. En effet, les frais de poursuite (art. 16 LP) suivent le sort de la poursuite en cours (GILLIERON, Commentaire de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, n. 15 ad art. 68). La mainlevée de l'opposition n'a donc pas à être prononcée séparément pour les frais de poursuite de 70 fr. que réclame l'intimé. La décision querellée sera donc modifiée en ce sens que le prononcé de la mainlevée sera limité au montant de 1'198 fr. 70 (1'028 fr. 70 + 90 fr. + 80 fr.).

La question de savoir si l'assuré s'est valablement départi du contrat avec l'intimé ne peut être examinée dans le cadre de la présente procédure, qui se rapporte uniquement au recouvrement des primes portant sur une période pendant laquelle il n'est pas contesté que les parties étaient contractuellement liées. Enfin, rien n'empêche les parties de convenir de modalités de remboursement, qui soient acceptables pour chacune d'elles.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Ordonne la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer, à concurrence de l'198 fr. 70.
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) 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