

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2325/2023

ATAS/619/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 août 2024**

**Chambre 1**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

contre

**MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA**

intimée

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente ; Yves MABILLARD et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née en 1970, est la mère de B\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ de son mariage avec Monsieur C\_\_\_\_\_, son époux.
- b.** L'intéressée et sa fille ont toutes deux été affiliées à MUTUEL ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : MAMSA, l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, par le biais d'un contrat collectif souscrit par l'employeur de C\_\_\_\_\_.
- c.** Selon l'extrait du registre de la population, le divorce de l'intéressée et de son époux a été prononcé à Saint-Pétersbourg le 10 juin 2014.
- d.** En 2014, l'assurance a informé l'intéressée qu'elle et sa fille sortiraient du contrat collectif au 31 janvier et au 30 juin 2014 respectivement. Elle l'a informée de la possibilité de maintenir son affiliation à titre individuel et a établi un nouveau certificat d'assurance à cet effet. L'assurance a par la suite annoncé à l'intéressée que sa fille était assurée à titre individuel dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014.
- e.** L'intéressée a contesté avoir contracté une police d'assurance avec MAMSA pour sa fille. Il s'en est suivi un échange de correspondances, dans lequel l'intéressée a notamment indiqué qu'elle ne s'acquitterait ni des primes ni des participations aux coûts. Elle a annoncé son affiliation dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 auprès d'un autre assureur.
- f.** Par décision du 23 mars 2016, écartant l'opposition de l'intéressée à sa décision du 25 novembre 2015, MAMSA a confirmé que celle-ci était débitrice des primes et participations de l'assurance obligatoire de soins pour sa fille.
- g.** L'intéressée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), qui l'a écarté par arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016 dans la cause A/1370/2016).

La chambre de céans a considéré que l'intéressée et sa fille demeuraient affiliées auprès de l'assureur à titre individuel depuis le 1<sup>er</sup> février 2014, respectivement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Elle a rappelé qu'un changement d'assureur ne pouvait intervenir tant que l'intégralité des montants dus n'était pas réglée. Bien que l'intéressée persistât à soutenir qu'elle était toujours mariée et qu'il appartenait à son époux ou à l'employeur de celui-ci de s'acquitter des primes d'assurance-maladie, depuis 2010, date dès laquelle les époux ne faisaient plus ménage commun, l'assurance ne pouvait plus réclamer le paiement des primes et participations de l'intéressée à son époux, qui en avait été solidairement responsable jusqu'à cette date. Partant, celle-ci était redevable de ses primes personnelles et de ses participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins depuis le 1<sup>er</sup> février 2014. Il en allait de même pour les primes d'août à décembre 2015 pour sa fille et pour les participations aux soins de celle-ci.

**h.** La chambre de céans a statué dans un arrêt du 11 juin 2019 dans la cause A/921/2018 (ATAS/519/2019) sur le paiement des primes d'avril, mai, et juillet à décembre 2017 ainsi que sur certaines participations aux soins en 2016 concernant la fille de l'intéressée. Elle a prononcé la mainlevée définitive des oppositions aux commandements de payer portant sur ces prestations. Elle a souligné qu'elle avait déjà admis que l'intéressée était débitrice des primes d'assurance-maladie et des participations aux coûts de sa fille, si bien qu'elle l'était également s'agissant des primes faisant l'objet de ce litige. Les poursuites intentées par l'assurance résultaient du comportement fautif de l'intéressée. Les intérêts étaient prévus par la loi, et les frais de sommation ainsi que les frais d'ouverture du dossier n'étaient pas excessifs, si bien qu'ils étaient aussi confirmés. Les frais de poursuite étaient également à la charge de l'intéressée.

**i.** À la même date, la chambre de céans a rendu un second arrêt dans la cause A/3748/2018 (ATAS/520/2019) portant sur les primes d'assurance-maladie de janvier à juin 2018 et une participation aux coûts en 2017 concernant la fille de l'intéressée. Elle a prononcé la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer portant sur ces prestations, en se fondant sur la même motivation juridique.

**j.** Saisi d'un recours contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a rejeté le 19 décembre 2019 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2019). Il a retenu que c'était à bon droit que la chambre de céans s'était considérée liée par son jugement du 25 octobre 2016 en ce qui concernait l'affiliation de la fille de l'intéressée. Partant, la violation du droit d'être entendue alléguée par celle-ci, liée au fait que la chambre de céans n'était pas entrée en matière sur les arguments qu'elle soulevait, était sans pertinence, dès lors qu'elle se rapportait aux circonstances de l'affiliation de sa fille. L'intéressée ne pouvait en outre rien tirer du fait qu'elle serait « présentée comme le seul parent responsable du paiement des primes mensuelles d'assurance-maladie de sa fille, ainsi que de la franchise et de la participation aux coûts », dès lors qu'elle ne niait pas être la représentante légale de sa fille et participer à son entretien, dont les primes de l'assurance-maladie faisaient partie. Quant aux frais de rappel et de mise en demeure, ils étaient justifiés au vu de la faute de l'intéressée, son comportement ayant contraint l'assurance à lui adresser des rappels. S'agissant de la violation de son droit à la vie privée, alléguée en raison de la transmission à un tiers inconnu de certains décomptes, elle était également dénuée de pertinence, puisque l'intéressée n'en tirait aucune conclusion quant à son obligation de payer les primes et participations aux coûts de sa fille (consid. 3.1 à 3.5).

**B. a.** Par courrier à la chambre de céans du 20 janvier 2020, l'intéressée a requis la révision de l'arrêt ATAS/867/2016 du 25 octobre 2016. Elle a fait valoir à l'appui de sa demande une citation à comparaître, qui lui avait été notifiée par le Tribunal de première instance pour des factures émises par la Clinique D\_\_\_\_\_, que l'assureur n'avait pas réglées. Elle en concluait que celui-ci avait failli à ses

---

obligations légales. Elle a ajouté que C\_\_\_\_\_ vivait désormais en Afrique du Sud.

**b.** La chambre de céans a rejeté cette demande par arrêt du 20 octobre 2020 (ATAS/980/2020). Elle a considéré d'une part que l'intéressée avait signé des cessions de créances en faveur de la Clinique D\_\_\_\_\_ autorisant l'assureur à rembourser ces factures directement à cet établissement, sous déduction de la franchise et des participations légales, de sorte qu'elle restait débitrice envers cette clinique des montants correspondant à la part non prise en charge par l'assureur. Il ne s'agissait en outre pas d'un fait nouveau permettant la révision de l'arrêt du 25 octobre 2016, pas plus que l'information selon laquelle C\_\_\_\_\_ ne résidait plus en Suisse. De plus, le litige tranché par l'arrêt du 25 octobre 2016 ne portait que sur l'affiliation de l'intéressée et de sa fille auprès de l'assureur, si bien qu'une révision ne pourrait en toute hypothèse concerner que ces points (consid. 7b, 7c et 8).

**c.** Saisi d'un recours contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a rejeté le 12 novembre 2021 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_744/2020). Il a notamment confirmé que la demande de paiement par la Clinique D\_\_\_\_\_ ne modifiait pas l'état de fait à la base de l'arrêt rendu le 25 octobre 2016 et ne relevait ainsi pas d'un fait nouveau au sens de la loi, pas plus que le domicile du père de la fille de l'intéressée à l'étranger.

**C. a.** Par la suite, l'intéressée a encore déposé de multiples recours contre diverses décisions de l'assureur, soit :

- la décision du 16 avril 2020 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 1\_\_\_\_\_ portant sur CHF 874.-, correspondant notamment aux primes de juillet à septembre 2019 et à un décompte de participation concernant la fille de l'intéressée (A/1237/2020) ;
- la décision du 26 octobre 2020 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 2\_\_\_\_\_ portant sur CHF 814.80, correspondant notamment aux primes d'octobre à décembre 2019 et à des décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/3519/2020) ;
- la décision du 26 mars 2021 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 3\_\_\_\_\_ portant sur CHF 869.30, correspondant notamment aux primes de janvier à avril 2020 et aux décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/1154/2021) ;
- la décision du 26 mars 2021 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 4\_\_\_\_\_ portant sur CHF 1'244.95, correspondant notamment aux primes de mai à septembre 2020 et aux décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/4380/2021) ;
- la décision du 12 juillet 2021 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 5\_\_\_\_\_ portant sur CHF 678.95, correspondant

notamment aux primes de janvier à mars 2021 et aux décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/2411/2021) ;

- la décision du 12 juillet 2021 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 6\_\_\_\_\_ portant sur CHF 491.05, correspondant notamment aux primes d'octobre et novembre 2020 et aux décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/2412/2021) ;
- la décision du 2 décembre 2021 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer portant sur CHF 684.65, correspondant notamment aux primes d'avril à juin 2021 et aux décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/4145/2021) ;
- la décision du 29 avril 2022 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 8\_\_\_\_\_ portant sur CHF 360.70, correspondant notamment à la prime de décembre 2020 concernant la fille de l'intéressée (A/1605/2022) ;
- la décision, également du 29 avril 2022 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 9\_\_\_\_\_ portant sur CHF 790.70, correspondant notamment à la prime de décembre 2020 concernant la fille de l'intéressée (A/1606/2022) ;
- la décision du 29 avril 2022 également levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 10\_\_\_\_\_ portant sur CHF 870.35, correspondant notamment aux primes de juillet à septembre 2021 et aux décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée (A/1604/2022) ;
- la décision du 19 septembre 2022 levant l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 11\_\_\_\_\_ portant sur CHF 2'132.05, correspondant notamment aux primes de juillet à décembre 2018 et de janvier à mars 2022 concernant la fille de l'intéressée (A/3409/2022).

**b.** Les recours de l'intéressée contre les décisions précitées avaient tous la même teneur. Elle y revenait sur les conditions de son affiliation et de celle de sa fille, reprenant les arguments développés à l'appui des recours déjà tranchés par la chambre de céans. Elle faisait notamment grief à MAMSA d'avoir violé ses obligations contractuelles, celui-ci ne l'ayant pas informée comme il le devait et l'ayant privée de son droit de réagir et d'annuler la police d'assurance. Elle faisait valoir une violation du pouvoir de représentation, reprochant à l'assurance de l'avoir choisie comme débitrice, ainsi qu'une violation de son droit d'être entendue en tant qu'aucun de ses arguments n'avait été retenu par la chambre de céans. Elle invoquait en outre une violation des dispositions sur les frais, car elle était assurée auprès d'un autre assureur, ainsi qu'une violation de son droit à la vie privée, au motif que MAMSA avait envoyé des décomptes de prestations et des factures concernant sa fille à un tiers, soit Monsieur E\_\_\_\_\_. Elle soutenait également que l'assurance aurait caché des informations capitales pour la contraindre à verser des montants qu'elle ne devait pas. Elle alléguait des

« falsifications grossières », notamment en tant que MAMSA indiquait qu'il aurait envoyé certains documents et factures à l'adresse de C\_\_\_\_\_ au Grand-Lancy, alors que celui-ci était domicilié en Afrique du Sud. Elle reprochait également à l'assurance de ne pas lui avoir fourni certaines pièces, et affirmait à plusieurs reprises que le contrat d'assurance pour sa fille n'était pas valable, puisqu'elle ne l'avait pas signé.

Dans ses différentes écritures, l'intéressée concluait, sous suite de dépens, à la production par l'intimée de l'intégralité du dossier concernant C\_\_\_\_\_, à ce que l'employeur de celui-ci précise la période d'engagement, à ce que l'intimée produise les documents ayant servi de base au changement du nom du preneur d'assurance et de l'adresse de facturation, à ce que l'intimée lui envoie le détail des montants remboursés à C\_\_\_\_\_ et « le certificat d'invalidité » de ce dernier. Elle requérait en outre le calcul complet de tous les montants de primes, participations aux coûts et franchises en lien avec l'affiliation de sa fille, soit dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, ainsi que les montants des chèques de remboursement de l'intimée qu'elle avait refusés.

**c.** Par arrêt du 3 juillet 2023 (ATAS/551/2023), la chambre de céans a rejeté, dans la mesure de leur recevabilité, les différents recours de l'intéressée au motif que celle-ci se contentait de répéter les arguments déjà maintes fois soulevés, qui étaient en substance que l'affiliation de sa fille auprès de l'intimée ne serait pas valable faute de contrat signé par elle, que l'assureur aurait dû réclamer les montants dus à son ex-époux et que sa vie privée aurait été violée en raison de l'envoi de factures à un tiers. Or, ces arguments avaient déjà été écartés tant par la chambre de céans que par le Tribunal fédéral dans plusieurs arrêts, qui avaient confirmé l'affiliation de la fille de la recourante auprès de l'intimée en 2014. En vertu de l'autorité de chose jugée, ces points n'avaient pas à être réexaminés. La fille de la recourante avait été valablement affiliée auprès de l'intimée et la loi prévoyait que l'assuré en retard de paiement ne pouvait pas changer d'assureur tant qu'il n'avait pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (art. 64a al. 6 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10). Ainsi, au vu des primes et de participations en souffrance depuis son affiliation, la fille de la recourante était demeurée assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée. Cette dernière restait donc débitrice des primes et participations de sa fille, et elle répondait des frais administratifs qu'elle avait causés par sa faute.

L'intéressée ayant déposé le 27 juin 2022, en parallèle à ses recours, une demande de révision à l'arrêt ATAS/867/2016 du 25 octobre 2016, celle-ci était également rejeté par l'ATAS/551/2023, faute de fait nouveau.

Enfin, un émolument de CHF 2'000.- était mis à charge de l'intéressée qui avait multiplié les procédures dont elle ne pouvait ignorer le caractère quérulent, dès lors qu'elle y faisait valoir des moyens que tant la chambre de céans que le

Tribunal fédéral avaient examinés à plusieurs reprises et considérés comme dénués de fondement.

- D. a.** Par décision du 14 juin 2023 confirmant celle du 3 avril 2023, l'assureur a levé l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 12\_\_\_\_\_ portant sur CHF 702.25, correspondant notamment aux primes d'octobre à décembre 2022 et à des décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée.

Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a enregistré sous le numéro de cause A/2325/2023.

- b.** Par décision du 14 juin 2023 confirmant celle du 3 février 2023, l'assureur a levé l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 13\_\_\_\_\_ portant sur CHF 1'030.45, correspondant notamment aux primes de juillet à septembre 2022 et à des décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée.

Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a enregistré sous le numéro de cause A/2326/2023.

- c.** Par décision du 15 novembre 2023 confirmant celle du 18 mai 2023, l'assureur a levé l'opposition de l'intéressée au commandement de payer 14\_\_\_\_\_ portant sur CHF 845.45, correspondant notamment aux primes d'avril à juin 2022 et à des décomptes de participation concernant la fille de l'intéressée.

Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a enregistré sous le numéro de cause A/4210/2023.

- E. a.** Les recours de l'intéressée contre les décisions précitées ont tous la même teneur. En substance, elle conteste à nouveau l'affiliation de sa fille auprès de l'intimée, reprenant les arguments développés à l'appui des recours déjà tranchés tant par la chambre de céans que par le Tribunal fédéral. Elle fait notamment grief à l'intimée d'avoir violé ses obligations contractuelles, celle-ci ne l'ayant pas informée comme elle le devait et l'ayant privée de son droit de réagir et d'annuler la police d'assurance. La recourante fait valoir une violation du pouvoir de représentation, reprochant à l'intimée de l'avoir choisie comme débitrice, ainsi qu'une violation de son droit d'être entendue en tant qu'aucun de ses arguments n'avait été retenu par la chambre de céans. Elle invoque en outre une violation des dispositions sur les frais, car elle était assurée auprès d'un autre assureur, ainsi qu'une violation de son droit à la vie privée, au motif que l'assureur avait envoyé des décomptes de prestations et des factures concernant sa fille à un tiers, soit E\_\_\_\_\_. Elle soutient également que l'intimée aurait caché des informations capitales pour la contraindre à verser des montants qu'elle ne devait pas. Elle allègue des « falsifications grossières », notamment en tant que celle-ci indiquait avoir envoyé certains documents et factures à l'adresse de C\_\_\_\_\_ au Grand-Lancy, alors que ce dernier était domicilié en Afrique du Sud. Elle reproche enfin à l'intimée de ne pas lui avoir fourni certaines pièces, et affirme à plusieurs

reprises que le contrat d'assurance pour sa fille n'est pas valable, puisqu'elle ne l'a pas signé.

Dans ses différentes écritures, la recourante a conclu, sous suite de dépens, à la production par l'intimée de l'intégralité du dossier concernant C\_\_\_\_\_, à ce que l'employeur de celui-ci précise la période d'engagement, à ce que l'intimée produise les documents ayant servi de base au changement du nom du preneur d'assurance et de l'adresse de facturation, à ce que l'intimée lui envoie le détail des montants remboursés à C\_\_\_\_\_ et « le certificat d'invalidité » de ce dernier. Elle a en outre requis : le calcul complet de tous les montants de primes, participations aux coûts et franchises en lien avec l'affiliation de sa fille, soit dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014 ; les montants des chèques de remboursement de l'intimée qu'elle a refusés.

Concernant le commandement de payer 13\_\_\_\_\_, elle a demandé à ce qu'il fasse l'objet d'une procédure séparée dans la mesure où la décision sur opposition y relative de l'intimée ne lui avait pas été adressée conformément à la loi, vu qu'il n'avait pas été envoyé séparément mais avait été ajouté dans une enveloppe comportant d'ores et déjà une autre décision sur opposition.

**b.** L'intimée a conclu au rejet des différents recours, à la confirmation de ses décisions sur oppositions des 14 juin et 15 novembre 2023, à la constatation du caractère téméraire du recours et à des dépens.

Tant la chambre de céans que le Tribunal fédéral s'étaient déjà prononcés positivement, à plusieurs reprises, sur la validité de l'affiliation de la fille de la recourante auprès de l'intimée, de sorte que cette question avait force de chose jugée, tout comme le fait que la fille de la recourante ne pourrait pas changer d'assurance aussi longtemps que l'intégralité des montants dus à l'intimée ne serait pas réglée. Concernant l'obligation de la recourante de payer les primes pour sa fille, elle découlait de son obligation d'entretien. L'assurance-maladie était libre de choisir auprès duquel des deux parents elle entendait exiger le paiement, ceux-ci étant débiteurs solidaires. Quant aux démarches de recouvrement mises en œuvre par l'intimée, elles étaient conformes à la loi. Il en allait de même des frais administratifs. Enfin, il se justifiait de mettre les frais de la procédure à la charge de la recourante dans la mesure où elle soulevait exactement les mêmes motifs que ceux déjà soulevés et tranchés dans les multiples procédures antérieures introduites par la recourante au fil des ans.

**c.** L'intimée ayant en outre versé l'intégralité de son dossier administratif à la procédure, la recourante a été invitée à venir le consulter et faire part de ses éventuelles observations.

**d.** Par divers courriers adressés à la chambre de céans entre le 27 février et le 4 juin 2024, la recourante reprochait encore à l'intimée de s'être rendue responsable d'un complot, de dissimulation de documents et d'abus de droit, de collusion, d'association de malfaiteurs. Elle demandait notamment la suspension

de la procédure dans la mesure où elle avait eu accès à des documents prouvant la collusion entre l'intimée et C\_\_\_\_\_. Enfin, au vu de ces éléments, elle sollicitait de l'intimée qu'elle lui confirme avoir fait radier toutes les poursuites auxquelles elle avait fait opposition.

**e.** En parallèle, le 30 avril 2024, la recourante a également déposé une demande de révision de l'arrêt ATAS/867/2016 du 25 octobre 2016 auprès de la chambre de céans. Elle y soulevait les mêmes griefs que ceux invoqués dans les différents recours faisant l'objet de la présente procédure. Elle revenait ainsi sur les conditions d'affiliation et la signature du contrat concernant sa fille, affirmant que l'assurance cachait divers documents ayant servi de base pour le changement de contrat, car il était illégal. Elle a derechef contesté avoir conclu une assurance et s'est à nouveau plainte que MAMSA ne recherchait pas C\_\_\_\_\_ pour le paiement des arriérés, ce qui était également illégal. Elle concluait à ce qu'il soit constaté qu'elle n'avait jamais donné son accord à l'assurance pour qu'elle change l'adresse de facturation et qu'en conséquence elle n'était pas débitrice des primes et factures de participation aux coûts.

À l'appui de sa demande, l'intéressée a produit un courrier du 31 mars 2021 de l'assureur, l'informant que les factures avaient initialement été envoyées à C\_\_\_\_\_ par l'intermédiaire d'E\_\_\_\_\_, mais que celui-ci avait requis par courrier à l'assureur du 31 mai 2015 que les factures concernant B\_\_\_\_\_ ne lui soient plus adressées.

La demande de révision s'est vue attribuer le numéro de cause A/1237/2020.

**f.** Le 3 juin 2024, MAMSA a conclu au rejet de la demande de révision dans la mesure de sa recevabilité. L'intéressée n'invoquait aucun fait ou moyen de preuve nouveau, se contentant de répéter les mêmes faits et motifs que ceux évoqués dans les nombreux recours déposés par le passé. Elle persistait à arguer qu'elle n'avait jamais signé de proposition d'assurance pour sa fille et qu'elle n'avait pas donné son accord pour que les courriers de l'intimée lui soient adressés à son adresse, de sorte qu'elle contestait tant sa qualité de preneuse d'assurance que celle de débitrice des primes et participations aux coûts de sa fille.

**g.** Par courrier du 5 juin 2023, la recourante a demandé à la chambre de céans à ce qu'elle sursoie à exiger le paiement de l'émolument de décision de CHF 2'000.- figurant au dispositif de l'ATAS/551/2023, vu la demande de révision en cours.

**h.** Sur quoi, les causes A/2325/2023 et A/2326/2023 et A/4210/2023 et A/1237/2020 ont été gardées à juger.

## **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 LAMal.

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

2. Aux termes de l'art. 70 de la loi sur la procédure administrative (LPA – E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

En l'espèce, au vu de la connexité matérielle des différentes causes, de l'identité des parties et des moyens soulevés par la recourante dans ces causes, il se justifie de joindre les procédures A/2325/2023, A/2326/2023, A/4210/2023 et A/1237/2020 sous le numéro de cause A/2325/2023.

Il ne se justifie en outre aucunement de traiter séparément la cause A/2326/2023 (commandement de payer 13\_\_\_\_\_) du seul fait que la décision sur opposition y relative de l'intimée n'avait pas été adressée séparément à la recourante, mais avait seulement été ajouté dans une enveloppe comportant d'ores et déjà une autre décision sur opposition. En effet, la recourante admet expressément avoir reçu les deux décisions sur oppositions et en avoir pris connaissance à l'ouverture de l'enveloppe, de sorte que cet envoi conjoint n'invalide pas la notification de l'acte dont il est question. Il ne l'a d'ailleurs aucunement empêché de recourir dans les délais.

- 3.

**3.1** La LPGA est applicable à la présente procédure.

**3.2** Déposés dans les délais prévus par la loi (art. 56ss LPGA), les recours sont recevables.

4. S'agissant des questions litigieuses dans la présente procédure, la chambre de céans relève ce qui suit.

**4.1** L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_197/2016 du 9 décembre 2016 consid. 3.1).

**4.2** Partant, conformément aux décisions dont est recours, le litige porte le bien-fondé des mainlevées aux oppositions aux poursuites n° 12\_\_\_\_\_ portant sur CHF 702.25, n° 13\_\_\_\_\_ portant sur CHF 1'030.45, 14\_\_\_\_\_ portant sur CHF 845.45. Les créances faisant l'objet des poursuites sont composées de primes

d'assurance obligatoire des soins et de participations aux soins de la fille de la recourante pour la période courant d'avril à décembre 2022, ainsi que et de frais administratifs.

**4.3** Il y a également lieu de trancher la demande de révision de la recourante formulée le 30 avril 2024.

- 5.** En ce qui concerne la demande de révision de la recourante du 30 avril 2024, la chambre de céans relève ce qui suit.

**5.1** Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Dans sa requête de révision, le requérant doit se prévaloir d'un motif de révision ou, à tout le moins, invoquer des faits ou des moyens de preuve nouveaux constituant un tel motif légal. La question de savoir si un motif de révision existe effectivement relève, quant à elle, du fond (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 3.4).

**5.2** Sont nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves doivent quant à elles servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 175/0 du 29 novembre 2005 consid. 2.2). Le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 138 V 324 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2). Un moyen de preuve est important lorsqu'il y a lieu d'admettre qu'il aurait conduit à une solution différente si l'assurance en avait eu connaissance dans la procédure principale (ATF 143 V 105 consid. 2.3). La preuve doit établir de manière indiscutable (« *eindeutig* ») que l'état de fait retenu dans la procédure précédente était erroné (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 561/06 du 28 mai 2007 consid. 6.2 et les références).

**5.3** Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours qui a rendu la décision dans

---

les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. Les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 3).

**5.4** La recourante semble fonder sa demande de révision – dans laquelle elle réitère les arguments déjà maintes fois soulevés dans ses différents recours et demandes de révision – sur les documents qu'elle allègue avoir reçus de l'intimée le 29 février 2024 seulement et que celle-ci « cachait à l'agence, prouvant la collusion », prouvait l'association de malfaiteurs ainsi que l'absence de sa signature. Sans cette signature, rien ne justifiait, d'un point de vue juridique, un changement de l'adresse de facturation après la séparation, ni qu'elle se retrouve débitrice des primes et participations aux coûts relatifs à une assurance qu'elle n'avait pas ratifiée.

En premier lieu, on peut se demander si l'existence d'un document dans lequel l'ex-époux a formalisé sa demande d'envoyer les primes et décomptes à la recourante – qui relève en somme d'une demande de réadresser la facturation, laquelle ne suffit en soi pas à fonder la qualité de débiteur d'un tiers – est un fait nouveau, dès lors qu'il est connu que ces documents ont été expédiés à la recourante après 2014. Cela semble d'autant plus discutable que la recourante a d'ores et déjà soulevé ce même grief dans sa demande de révision du 27 juin 2022 (rejetée par l'ATAS/551/2023), fondée sur d'autres « documents dissimulés » par l'intimée, dont elle avait pris connaissance seulement en 2021.

Quoi qu'il en soit, il est patent qu'une telle demande n'a aucune portée déterminante en l'espèce. On ne voit pas en quoi elle ferait obstacle à l'affiliation à titre individuel de la fille de la recourante dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, dont la validité a été confirmée à plusieurs reprises par la chambre de céans, puis par le Tribunal fédéral, au terme d'analyses juridiques circonstanciées. Elle ne modifie pas non plus l'obligation de la recourante de s'acquitter des primes et participations aux soins pour B\_\_\_\_\_, lesquelles découlent de son devoir d'entretien envers celle-ci, et partant sa qualité de débitrice des prestations litigieuses.

**5.5** Ainsi, la demande de révision de l'arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016) est rejetée dans la mesure de sa recevabilité, faute de fait nouveau modifiant l'état de fait qui le fonde. Il en va de même de la demande formulée par la recourante le 5 juin 2024 et qui visait à ce que l'émolument de décision relatif à l'ATAS/1237/20 soit suspendu vu le dépôt de dite demande de révision.

- 6.** L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure entre les mêmes parties, une prétention identique à celle qui a été définitivement jugée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.1.2). L'autorité de chose jugée signifie que l'arrêt est obligatoire et ne peut plus être remis en question ni par les

parties, ni par les autorités judiciaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 4.2). En règle générale, seul le dispositif d'un jugement est revêtu de l'autorité de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_20/2020 du 5 mai 2020 consid. 1.4). Toutefois, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_58/2012 du 8 juin 2012 consid. 4.2 et les références citées). De plus, la portée du dispositif ne peut souvent se déterminer qu'en fonction des motifs (ATF 123 III 16 consid. 2a ; ATF 116 II 738 consid. 2a).

7. Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAMal, 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.

**7.1** En vertu de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations sont énumérées à l'alinéa 2 de cette disposition.

L'art. 42 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LAMal prévoit un système dit du tiers payant, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Selon ce système, l'assureur remplace l'assuré en tant que débiteur (ATF 141 V 546 consid. 3.3).

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) ; et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (art. 64 al. 1 et 2 let. a et b LAMal).

**7.2** La participation de l'assuré aux coûts ayant un caractère obligatoire, l'assureur-maladie ne saurait renoncer à la percevoir (ATF 129 V 396 consid. 1.2). 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 et des participations aux coûts. Les assureurs ne sont ainsi pas libres de recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire, au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3.1).

**7.3** Conformément à 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 dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 1<sup>ère</sup> phrase). En vertu de l'art. 105b al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-

---

maladie (OAMal – RS 832.102), 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. S'agissant de cette procédure de sommation, la jurisprudence a rappelé que des arriérés de primes ne suffisent en soi pas à justifier une poursuite. L'assureur doit en effet avoir préalablement à la poursuite adressé au moins une sommation assortie d'un délai de 30 jours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_78/2016 du 21 juillet 2016 consid. 3.2).

**7.4** À teneur de l'art. 105b al. 2 OAMal, 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). 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. 6). On soulignera que dans le cas d'espèce, le Tribunal fédéral a déjà admis la faute de la recourante du fait que celle-ci ne s'était pas acquittée de l'intégralité des primes et participations dues dans son arrêt du 19 décembre 2019 (consid. 3.3).

**7.4.1** 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, *Kranken-versicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, Band XIV, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, n. 1349). En l'espèce, l'art. 3 al. 1 2<sup>ème</sup> phrase des dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal édictées par l'intimée prévoit que l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire, des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites, si les factures ne sont pas payées à leur échéance.

**7.4.2** 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'agisse 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 à hauteur de CHF 1'025.25, de CHF 280.- pour des montants de CHF 735.60, et de CHF 280.- pour des factures représentant 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. Sans définir le *ratio* acceptable entre montant impayé et frais de rappel, le Tribunal fédéral a retenu que dans ce cas, le principe d'équivalence était clairement violé au vu des circonstances concrètes. Il a ainsi confirmé la réduction par l'instance inférieure des frais de rappel à CHF 120.- pour des impayés de CHF 549.95 et de CHF 735.60, et à CHF 240.- pour des impayés de CHF 1'025.25, en soulignant qu'il s'agissait là de frais qui restaient relativement élevés, sans qu'on puisse toutefois parler de disproportion manifeste (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_873/2015 du 4 février 2016 consid. 4.2.1). La jurisprudence cantonale a considéré que des frais de CHF 360.-, incluant des frais de sommation par CHF 120.- et des frais d'ouverture du dossier par CHF 240.- réclamés à ce titre étaient appropriés, l'assurance ayant dû procéder à quatre rappels, quatre sommations et requérir la poursuite (arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 7 septembre 2017 AM 22/17 - 34/2017 consid. 4d). S'agissant des frais d'ouverture du dossier prélevés par l'intimée, qui désignent les frais administratifs liés à la procédure de réquisition de poursuite, il a été admis que des montants de CHF 90.- et CHF 120.- facturés à ce titre respectent le principe d'équivalence, au vu du coût statistique de la main d'œuvre qualifiée et du travail d'analyse de la situation du débiteur, de contrôle des données, de regroupement des créances et de calcul nécessaire à la saisine des données (arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 24 janvier 2022 AM 4/20 - 3/2022 consid. 6d). Dans un arrêt concernant également l'intimée, le Tribunal fédéral n'a pas non plus critiqué ces montants (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_919/2015 du 15 juin 2016). La condition du caractère raisonnable des frais administratifs doit être appréciée au cas par cas (Ivo BÜHLER / Cliff EGLE, *in* Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungs-aufsichtsgesetz, Bâle 2020, n° 13 ad art. 64a LAMal).

**7.5** L'art. 26 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase 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 rémunérateurs.

L'art. 105a OAMal fixe le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA à 5 % par année.

- 8.** Comme on l'a vu, l'assureur doit engager des poursuites en cas de défaut de paiement malgré la sommation.

**8.1** Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition agit par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit. Il ne peut requérir la continuation de la poursuite qu'en se fondant sur une décision

exécutoire qui écarte expressément l'opposition, conformément à l'art. 79 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP – RS 281.1),

L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit. Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/05 du 26 juin 2006 consid. 7.2). En effet, le juge des assurances est le juge ordinaire selon l'art. 79 LP (ATF 109 V 46 consid. 4)

**8.2** L'assureur est libre de décider de recouvrer différentes créances exécutoires, même de nature identique, par le biais d'une seule ou plusieurs réquisitions de poursuite, pour autant que la poursuite soit intentée dans l'intérêt d'une application conforme au droit de la procédure prévue à l'art. 64a LAMal. Le simple fait que l'assureur adresse une réquisition de poursuite distincte pour chaque facture, par exemple mensuellement, ne constitue pas en soi un procédé abusif (Ivo BÜHLER / Cliff EGGLE, *op. cit.*, n° 12 ad art. 64a LAMal).

**8.3** Les frais de poursuite ne font pas l'objet de la mainlevée, dès lors qu'ils sont dus de par la loi, en vertu de l'art. 68 LP (RAMA 6/2004 p. 465 consid. 5.3.2).

9. En l'espèce, la recourante, dans ses très nombreuses écritures, se contente de répéter les arguments déjà maintes fois soulevés, qui sont en substance que l'affiliation de sa fille auprès de l'intimée ne serait pas valable faute de contrat signé par elle, que l'intimée devrait réclamer les montants dus à son ex-époux et que sa vie privée aurait été violée en raison de l'envoi de factures à un tiers.

Ces arguments ont déjà été écartés tant par la chambre de céans que par le Tribunal fédéral dans plusieurs arrêts, qui ont confirmé l'affiliation de la fille de la recourante auprès de l'intimée en 2014. En vertu de l'autorité de chose jugée, ces points n'ont pas à être réexaminés. La fille de la recourante a été valablement affiliée auprès de l'intimée et la loi prévoit que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (art. 64a al. 6 LAMal).

A également déjà été tranché par la chambre de céans le fait qu'en tant que parent, la recourante est débitrice solidaire des primes et participations aux frais de santé de sa fille. Comme relevé déjà dans l'ATAS/867/2016 (consid. 15b) et rappelé à de multiples reprises par la suite, l'intimée est libre de choisir auprès duquel des deux parents (ou même de l'enfant), elle entend exiger le paiement de l'obligation. Le fait que l'intimée demande l'intégralité du paiement des primes à la recourante n'est ainsi pas critiquable et ne saurait être considéré comme constitutif d'abus de droit ou encore d'association de malfaiteurs.

Ainsi, au vu de ces éléments et du fait que des primes et participations demeurent en souffrance depuis son affiliation :

- la fille de la recourante demeure assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée ;
- la recourante reste donc débitrice solidaire des primes et participations de sa fille, et elle répond des frais administratifs qu'elle a causés par sa faute.

## 10.

**10.1** Pour le surplus, la recourante ne conteste pas en tant que telle la quotité des montants réclamés par l'intimée dans les différentes poursuites. Elle ne nie pas que les soins faisant l'objet des décomptes de participation ont été prodigués à sa fille. Elle a certes requis un calcul complet des participations et remboursements de l'intimée, mais n'allègue ni ne fournit d'indice tendant à démontrer que les différents montants réclamés seraient erronés. Quoi qu'il en soit, l'intimée a produit l'intégralité des pièces fondant ses prétentions, qui incluent les décomptes de prestations (avec indication du nom des prestataires, de la date de la prestation et du montant facturé), les factures de primes, les rappels et les sommations qu'elle devait émettre conformément aux dispositions légales, de sorte qu'on peut admettre qu'elle a satisfait à la requête de la recourante.

S'agissant des demandes tendant à la production de l'ensemble des remboursements opérés en main de son ex-époux et d'un certificat d'invalidité le concernant, on peut se demander si les premiers existent, compte tenu du fait que l'intimée a adopté le système du tiers payant. Cette question peut cependant rester ouverte, dès lors qu'ils sont en toute hypothèse sans incidence sur le sort des commandements de payer faisant l'objet de la présente procédure, qui correspondent à une période postérieure. Tel est également le cas d'un éventuel certificat d'invalidité de C\_\_\_\_\_, qui ne modifie pas l'obligation de la recourante de s'acquitter des primes et participations réclamées par l'intimée. Par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2), la chambre de céans ne donnera pas suite à ces requêtes. À toutes fins utiles, elle rappelle que ces exactes mêmes demandes avaient déjà été soumises la chambre de céans qui les avait rejetées dans l'ATAS/551/2023 (consid. 11).

**10.2** Pour ces mêmes motifs, il ne sera pas donné suite à la requête de la recourante du 17 janvier 2024 visant à ce que la procédure soit suspendue jusqu'à ce qu'elle ait accès à l'ensemble de son dossier et à tous les documents. Les documents utiles et pertinents pour trancher le litige ont en effet tous été dûment produits par l'intimée.

Les raisons pour lesquelles la recourante sollicite la production d'autres documents sont peu claires et semblent uniquement relever de griefs relatifs à la validité de l'affiliation initiale de sa fille, de la problématique des pouvoirs de représentation et de la violation alléguée de sa vie privée et familiale, soit des griefs dont la chambre de céans a déjà rappelé qu'ils avaient été tranchés de manière définitive et qu'ils jouissaient de l'autorité de chose jugées.

**10.3** Pour le surplus, les différentes poursuites se composent des montants suivants, qui concernent la fille de la recourante.

**10.3.1** Dans la cause A/4210/2023 correspondant à la poursuite n° 14\_\_\_\_\_ :

Primes d'avril à juin 2022	CHF	421.65
Un décompte de participation	CHF	126.45
Intérêts échus	CHF	7.35
Frais administratifs	CHF	290.-
Total	CHF	845.45

Les frais administratifs comprennent des frais de sommation de CHF 50.- pour chaque prime échue (CHF 200.-) ainsi que CHF 90.- de frais d'ouverture du dossier.

**10.3.2** Dans la cause A/2325/2023 correspondant à la poursuite n° 13\_\_\_\_\_ :

Primes de juillet à septembre 2022	CHF	421.65
Participations LAMal 2021 et 2022 (trois décomptes)	CHF	271.45
Intérêts échus	CHF	7.35
Frais administratifs	CHF	330.-
Total	CHF	1'030.45

Les frais administratifs comprennent des frais de sommation de CHF 50.- pour chaque prime et pour le décompte de prestations échus dont le montant était supérieur à CHF 100.- (CHF 200.-), de frais de sommation de CHF 20.- pour les deux autres décomptes échus dont le montant était inférieur à CHF 100.- (CHF 40.-), ainsi que CHF 90.- de frais d'ouverture du dossier.

**10.3.3** Dans la cause A/2326/2023 correspondant à la poursuite n° 12\_\_\_\_\_ :

Primes d'octobre à décembre 2022	CHF	421.65
Deux décomptes de participation	CHF	12.90
Intérêts échus	CHF	7.70
Frais administratifs	CHF	260.-
Total	CHF	702.25

Les frais administratifs comprennent des frais de sommation de CHF 50.- pour chaque prime échue (CHF 150.-), de CHF 20.- pour le décompte échu, ainsi que CHF 90.- de frais d'ouverture du dossier.

**10.4** Les primes et participations faisant l'objet de ces différentes poursuites sont indiscutablement dus, eu égard au fait que la fille de la recourante est assurée auprès de l'intimée et qu'il n'est pas contesté qu'elle a bénéficié de prestations relevant de l'assurance obligatoire de soins. La perception d'intérêts moratoires est également prévue par la loi. S'agissant des frais de sommation et de rappel, il est vrai qu'ils représentent une proportion élevée des montants totaux dus par la recourante. Cela étant, comme rappelé plus haut, la jurisprudence n'a pas défini de pourcentage maximal relatif à ces frais. Ceux-ci peuvent représenter une proportion élevée de la dette, comme dans l'arrêt précité K 24/06 du 3 juillet 2005. Il convient également de rappeler que l'examen de leur adéquation doit se faire au cas par cas.

Or, en l'espèce, le montant de ces frais s'explique par le nombre particulièrement élevé de rappels et de sommations, découlant d'une part des obligations légale et réglementaire de l'intimée de procéder à de telles démarches dans un délai de trois mois après l'exigibilité des créances, faute de quoi il ne serait pas fondé à intenter des poursuites, et d'autre part de la facturation qui se fait mensuellement. On ne saurait ainsi retenir un comportement abusif de l'intimée dans la perception de ces frais, a fortiori au vu de la détermination de la recourante à ne pas s'acquitter des montants qu'elle sait pourtant dus, au vu des différentes décisions judiciaires rendues. On peut du reste ajouter ici que celle-ci n'a jamais allégué que c'est en raison d'une impécuniosité qu'elle ne serait pas en mesure de régler les primes et participations en souffrance. Elle ne conteste d'ailleurs pas en tant que tels les montants de ces frais de rappel et de sommation facturés par l'intimée. Compte tenu de ces circonstances, ces frais ne seront pas réduits.

Quant aux frais d'ouverture du dossier, ils ne prêtent pas le flanc à la critique, conformément à la jurisprudence citée.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans confirmera les décisions de l'intimée.

Les recours sont rejetés.

## 11.

**11.1** Selon l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit ; si la loi spéciale ne prévoit pas de frais judiciaires pour de tels litiges, le tribunal peut en mettre à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou fait preuve de légèreté. Jusqu'au 31 décembre 2020, l'art. 61 let. a LPGA prévoyait également la gratuité de la procédure, les frais de procédure pouvant toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté.

---

Pour apprécier la témérité, on tiendra compte non seulement du comportement d'une partie pendant la procédure judiciaire mais également de celui qu'elle a adopté dans des procédures antérieures ou avant l'introduction du recours (ATF 124 V 285 consid. 4b). On peut retenir qu'il y a témérité lorsqu'une partie affirme des faits comme vrais quand elle les sait erronés, ou adopte une position manifestement contraire à la loi (ATF 128 V 323 consid. 1b). Le Tribunal fédéral a admis qu'un justiciable interjetant recours contre un refus de prestations de l'assureur-accidents, alors même qu'il savait qu'il n'était plus assuré depuis près de six mois en raison de la fin des rapports de travail, agissait de manière téméraire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_387/2017 du 18 décembre 2017 consid. 4.3). Tel est également le cas d'un avocat qui interjette recours en son nom propre contre une décision refusant l'assistance juridique à son mandant, alors qu'il doit savoir au vu de sa longue expérience que seul celui-ci a la qualité pour recourir contre une telle décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_365/2015 du 17 juillet 2015 consid. 3.3). Il n'y a pas témérité lorsqu'une partie entend obtenir un jugement sur une position précise et non arbitraire, dès lors qu'un justiciable a droit à une décision judiciaire et pas uniquement à une appréciation de ses chances de succès (Susanne BOLLINGER, Basler Kommentar zum ATSG, 2020, n. 23 ad art. 61 LPGA).

**11.2** L'art. 89H al. 1 2<sup>ème</sup> phrase LPA prévoit que les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice statue dans les limites établies par règlement du Conseil d'État. Le règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative (RFPA - E 5 10.03) dispose à son art. 1 que les frais de procédure qui peuvent être mis à la charge de la partie comprennent l'émolument d'arrêté au sens de l'art. 2 (let. a) ; les débours au sens de l'art. 3 (let. b). Aux termes de l'art. 2 RFPA, en règle générale, l'émolument d'arrêté n'excède pas CHF 10'000.- (al. 1).

**11.3** En l'espèce, la recourante a multiplié les procédures dont elle ne peut ignorer le caractère quérulent, dès lors qu'elle fait valoir des moyens que tant la chambre de céans que le Tribunal fédéral ont examinés à plusieurs reprises et qu'ils ont considéré comme dénués de fondement. Elle entend ainsi revenir sur des questions tranchées dans des arrêts au fond et ayant force de chose jugée, alors même qu'elle a d'ores et déjà été avertie de la possibilité de se voir infliger des frais en cas de nouveau recours sur des points déjà jugés et qu'elle a même été condamnée à de tels frais au terme de l'ATAS/551/2023 où elle soulevait déjà les mêmes griefs qu'à la présente procédure.

Il est ainsi justifié de la condamner au paiement d'un émolument, qui sera fixé à CHF 2'500.- au vu des très nombreuses procédures intentées.

\*\*\*

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

**Statuant**

**Préalablement :**

1. Ordonne la jonction des procédures A/2325/2023, A/2326/2023, A/1237/2020 et A/4210/2023 sous le numéro de cause A/2325/2023.

**À la forme :**

2. Déclare les recours recevables.

**Au fond :**

3. Les rejette.
4. Rejette la demande de révision de la recourante du 30 avril 2024 à l'encontre de l'arrêt de la chambre de céans ATAS/867/2016 du 25 octobre 2016.
5. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 12\_\_\_\_\_ à hauteur de CHF 702.25.
6. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 13\_\_\_\_\_ à hauteur de CHF 1'030.45.
7. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 14\_\_\_\_\_ à hauteur de CHF 845.45.
8. Condamne la recourante au versement d'un émolument de CHF 2'500.-.
9. 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

Pascale HUGI

Fabienne MICHON RIEBEN

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