

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2809/2023

ATAS/617/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 août 2024**

**Chambre 1**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

contre

**CSS 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'assurée ou la recourante) est assurée auprès de CSS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).
  - b.** En 2021 et 2022, sa franchise annuelle s'élevait à CHF 500.-.
  - c.** Le 17 décembre 2021, l'assurance a adressé à l'assurée un décompte portant sur des prestations qui lui avaient été prodiguées le 17 novembre 2021. Celui-ci mentionnait le nom des prestataires ainsi que le montant facturé à l'assurée pour chaque prestation, correspondant à un total de CHF 41.90.
  - d.** Le 24 janvier 2022, l'assurance a adressé à l'assurée un décompte portant sur des prestations qui lui avaient été prodiguées le 16 décembre 2021. Celui-ci mentionnait le nom des prestataires ainsi que le montant facturé à l'assurée pour chaque prestation, correspondant à un total de CHF 27.90.
  - e.** Le 8 juillet 2022, l'assurance a adressé à l'assurée un décompte portant sur diverses prestations qui lui avaient été prodiguées entre le 20 et le 26 juin 2022. Celui-ci mentionnait le nom des prestataires ainsi que le montant facturé à l'assurée pour chaque prestation, correspondant à un total de CHF 660.25.
  - f.** Aucune des factures précitées n'ayant été réglées, elles ont chacune fait l'objet d'un rappel de paiement, suivi d'une sommation.
  - g.** Le 18 décembre 2022, l'assurance a introduit une poursuite à l'encontre de l'assurée portant sur un montant de CHF 875.40, soit CHF 725.40 de participation aux coûts (soit le total des décomptes des 17 décembre 2021, 24 janvier et 8 juillet 2022) et CHF 150.- de frais administratifs.
  - h.** Cette poursuite a fait l'objet d'un commandement payer 1\_\_\_\_\_ qui a été notifié à l'assurée le 8 février 2022. Celle-ci a formé opposition totale à son encontre le jour même.
- B.**
- a.** Par décision du 12 avril 2023, l'assurance a levé l'opposition à hauteur de l'arriéré de paiement de CHF 725.40 pour la participation aux coûts et de CHF 150.- pour les frais administratifs.
  - b.** Le 17 avril 2023, l'assurée a écrit à l'assurance qu'elle trouvait la décision de mainlevée complètement opaque et sollicitait des détails concrets sur la nature des prestations facturées.
  - c.** Le 27 avril 2023, l'assurance a indiqué que les décomptes de prestations comportaient toutes les informations dont elle disposait, soit la date du traitement, le nom du fournisseur de soins ainsi que le montant du traitement. Tout renseignement supplémentaire pouvait être requis directement auprès du prestataire ayant établi la facture.

**d.** Le 11 mai 2023, l'assurée a formé opposition à la décision du 12 avril 2023. Elle considérait que les décomptes de prestations n'étaient pas assez détaillés et qu'elle n'avait en outre pas reçu de copies des factures des différents fournisseurs de soins.

**e.** Le 6 juin, l'assurance a transmis à l'assurée l'intégralité des factures ayant donné lieu aux poursuites 1\_\_\_\_\_ et à la décision formelle du 12 avril 2023.

**f.** Le 14 juin 2023, l'assurée a maintenu que les décomptes de prestations qui lui avaient été remis étaient insuffisamment détaillés et ne lui permettaient dès lors pas de comprendre si les montants qui lui étaient demandés étaient justifiés.

**g.** Par décision sur opposition du 12 juillet 2023, l'assurée a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la mainlevée dans la poursuite 1\_\_\_\_\_.

L'assurée avait reçu trois décomptes de prestations distincts indiquant chacun la date et le fournisseur de la prestation. Elle s'était également vu remettre des relevés fiscaux pour les années 2021 et 2022 indiquant dans l'ordre chronologique les dates de traitements, les fournisseurs ainsi que les montants dus. Enfin, des copies de toutes les factures faisant l'objet de l'arriéré de paiement lui ont été transmises. Dans ces circonstances, il était douteux que l'intéressée ne soit pas en mesure de comprendre à quel fournisseur de prestations elle avait à faire et pour quel montant.

**C. a.** Le 5 septembre 2023, la recourante a adressé un recours contre cette décision au Tribunal des assurances sociales du canton de Lucerne, concluant à l'annulation de la poursuite qui n'avait pas lieu d'être et à ce que l'assurance soit contrainte de lui fournir les informations sollicitées à plusieurs reprises.

**b.** Le 8 septembre 2023, le Tribunal cantonal lucernois a transmis le recours à la chambre de céans pour question de compétence.

**c.** Le 5 octobre 2023, l'assurance a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 12 juillet 2023.

**d.** Les parties ont persisté dans leurs positions respectives.

**e.** En date du 16 janvier 2024, la recourante s'est acquittée de la somme de CHF 660.25 au moyen du bulletin de versement joint au décompte de prestations du 8 juillet 2022 de l'assurance.

**f.** Sur quoi, la cause a été gardée 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 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. La LPGA est applicable à la présente procédure.

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

3. 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.

**3.1** 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).

**3.2** 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 recouvrer 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).

**3.3** 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 imparti 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).

**3.4** 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).

**3.4.1** 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 émoulement 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.

**3.4.2** 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).

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

**4.1** 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)

**4.2** 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).

**4.3** 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).

## 5.

**5.1** En l'espèce, tant au stade de l'opposition qu'à celui du recours, la recourante soulève comme unique grief le fait que les décomptes de prestations dont elle dispose ne seraient pas assez détaillés pour lui permettre de comprendre si les montants que l'intimée lui demande sont justifiés.

Trois décomptes de prestations distincts lui ont pourtant été transmis, chacun indiquant la date, le fournisseur et le prix de la prestation. Elle a également reçu des relevés fiscaux pour les années 2021 et 2022 indiquant dans l'ordre chronologique les dates de traitements, les fournisseurs ainsi que les montants dus. Enfin, des copies de toutes les factures faisant l'objet de l'arriéré de paiement lui ont finalement été communiquées.

Dans ces circonstances, force est d'admettre que l'intimée a bien communiqué à la recourante toutes les informations dont elle disposait, lesquelles apparaissent amplement suffisantes pour que la recourante comprenne pour quelle prestation chacune des participations était demandée. Le nom des prestataires lui donnait en outre la possibilité de le contacter directement en cas de doute ou de question complémentaire quant au soin prodigué et facturé.

On peine dès lors à percevoir quelle information supplémentaire la recourante sollicite, ce d'autant plus qu'elle argue d'un manque de clarté au demeurant général, sans jamais préciser quelles factures seraient erronées ou même questionnables. Elle n'allègue pas non plus que certains des soins faisant l'objet des décomptes de participation ne lui auraient pas été prodigués.

Au final, il ressort des pièces figurant au dossier que les montants facturés par l'intimée au titre de participation aux coûts pour prestations de santé sont établis à satisfaction de droit à hauteur de CHF 725.40, montant qui était donc dû par la recourante.

**5.2** Concernant, pour le surplus, les frais administratifs de CHF 150.-, s'il est vrai qu'ils représentent une proportion élevée des montants totaux dus par la recourante, il convient de rappeler que la jurisprudence n'a pas défini de pourcentage maximal relatif à ces frais, l'examen de leur adéquation devant se faire au cas par cas.

En l'espèce, et comme déjà relevé, les trois décomptes de prestations transmis initialement par l'intimée à la recourante comportaient déjà toutes les informations (dates des prestations, noms des prestataires, coûts des prestations) lui permettant de comprendre que les participations aux coûts demandées étaient bien dues : la recourante ne s'est cependant pas acquittée des factures, contraignant l'intimée à lui adresser des rappels pour chacun des trois décomptes, ainsi que trois sommations, suivies d'une poursuite.

Dans ces circonstances et dans la mesure où les conditions générales applicables prévoient explicitement que les frais de sommation sont à la charge de l'assuré, il appert que le montant de CHF 150.- demandé au titre de participation aux frais administratifs n'est pas excessif.

- 6.** Le recours est donc rejeté et la décision sur opposition du 12 juillet 2023 est confirmée. Dans la mesure cependant où postérieurement à cette décision, la recourante s'est acquittée d'un montant de CHF 660.25 en date du 16 janvier 2024, il convient de déduire ce montant du total de la dette et de ne prononcer la mainlevée qu'à hauteur du solde, soit CHF 215.15.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette et confirme la décision sur opposition du 12 juillet 2023 de l'intimée.
3. Prend acte du paiement d'un acompte de CHF 660.25 par la recourante durant la procédure de recours (soit le 16 janvier 2024).
4. Prononce dès lors la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 1\_\_\_\_\_ à hauteur du solde, soit CHF 215.15.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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