



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1370/2016

ATAS/980/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt en révision du 20 octobre 2020

1^{ère} Chambre

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX

demanderesse
en révision

contre

**ARRÊT DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES DU 25 OCTOBRE
2016, ATAS/867/2016**

dans la cause A/1370/2016 l'opposant

à

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, défenderesse
MARTIGNY en révision

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée), née le _____ 1970, de nationalité russe, au bénéfice d'un permis B, et sa fille B_____, née le _____ 2004, ont été affiliées à MUTUEL ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après: l'assureur-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins, ainsi que pour une assurance complémentaire depuis le 1^{er} janvier 2011, par le biais d'un contrat collectif (n°7711.4) souscrit par C_____SA, l'employeur de son époux.

2. Par courrier du 10 février 2014, l'assureur-maladie a informé l'intéressée de sa sortie du contrat collectif au 31 janvier 2014, suite à son divorce - prononcé par un tribunal russe -, et de la possibilité de maintenir son affiliation à titre individuel.

À cet effet, un nouveau certificat d'assurance a été établi portant sur l'assurance obligatoire des soins, dont la prime mensuelle s'élevait à CHF 362.35, avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-, et sur l'assurance complémentaire, dont la prime mensuelle était de CHF 284.50. Sans nouvelles de la part de l'intéressée dans les quatre semaines, ledit certificat était considéré comme accepté. En outre, l'assureur-maladie a attiré l'attention de l'intéressée sur le fait qu'elle pouvait modifier ou résilier son assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2014, et son assurance complémentaire avec effet au 31 janvier 2014.

3. Par courrier du 17 février 2014, l'intéressée a fait savoir à l'assureur-maladie qu'elle n'était officiellement ni séparée ni divorcée, et qu'elle devait ainsi pouvoir continuer à bénéficier du contrat collectif. Elle a souligné que l'assureur-maladie ne devait pas prendre de décision l'affectant sans son accord.

4. Par courrier du 30 juin 2014, l'assureur-maladie a avisé l'intéressée de la modification du contrat d'assurance de sa fille au 30 juin 2014 en raison de la sortie de celle-ci du contrat collectif, suite à la résiliation du contrat de travail du père. La fille était transférée en couverture individuelle avec effet au 1^{er} juillet 2014.

Selon la fiche de mutation du 23 juin 2014, les factures de primes devaient être envoyées au domicile du père au Grand-Lancy.

L'assureur-maladie a émis un nouveau certificat d'assurance 2014 faisant état d'une prime mensuelle de CHF 107.65 pour l'assurance obligatoire des soins et d'une prime mensuelle de CHF 105.50 pour l'assurance complémentaire. Sans nouvelles de la part de l'intéressée dans les quatre semaines, ledit certificat était considéré comme accepté.

5. L'intéressée ne s'est pas acquittée de ses primes personnelles ni des participations aux coûts, de sorte que l'assureur-maladie lui a adressé divers rappels et sommations, avant d'engager des poursuites à son encontre.

Les primes de sa fille étaient, quant à elles, entièrement payées par prélèvement bancaire direct (LSV) par le père (cf. courrier de l'assureur-maladie du 27 mai 2015).

6. Par décision du 25 novembre 2015, confirmée sur opposition le 23 mars 2016, l'assureur-maladie a relevé que, selon la convention-cadre, étaient assurables les membres de la famille pour autant qu'ils fissent ménage commun. Cette règle était compatible avec le principe selon lequel la solidarité entre époux n'existait plus dès que leur vie commune prenait fin. L'intéressée ne faisant plus ménage commun avec son époux déjà avant février 2014, c'était au plus tard à cette date que la solidarité avait cessé, de sorte qu'elle était débitrice de ses primes et participations arriérées.
7. Par acte du 3 mai 2016, l'intéressée a interjeté recours contre ladite décision. Elle reprend l'argumentation déjà développée à l'appui de son opposition. Elle fait valoir qu'en application du principe de la relativité des contrats, son époux, en tant qu'il n'est pas une partie contractante à la convention-cadre, ne peut demander ni à l'employeur ni à l'assureur-maladie qu'elle soit écartée du cercle des bénéficiaires. Toujours en application du même principe, l'assureur-maladie ne peut lui imposer des conditions contractuelles négociées avec l'employeur qu'elle n'a pas signées. Enfin, elle doit pouvoir librement choisir son assureur en fonction de la franchise et de la prime mensuelle proposées, ce qui n'avait pas été le cas. Elle conclut, principalement, à l'annulation de la décision précitée.
8. Par arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016), la chambre de céans a considéré que l'intéressée et sa fille demeuraient bel et bien affiliées auprès de l'assureur-maladie, à titre individuel depuis le 1^{er} février 2014, respectivement depuis le 1^{er} juillet 2014, étant rappelé qu'un changement d'assureur ne peut intervenir tant que l'intégralité des montants dus n'est pas réglée. Elle en a conclu que l'intéressée était redevable du paiement de ses primes personnelles et des participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins, réclamées par l'assureur-maladie depuis le 1^{er} février 2014, ainsi que des primes des mois d'août à décembre 2015 de sa fille et des participations aux soins de cette dernière.

Aussi a-t-elle rejeté le recours.

9. Par courrier du 20 janvier 2020, l'intéressée a prié la chambre de céans de « rouvrir le dossier ATAS/867/2016 sur lequel il a été prononcé un jugement le 25 octobre 2016 et de le reconsidérer compte tenu de nouvelles circonstances qui ont été portées à ma connaissance. Au 31 décembre 2016 j'ai quitté mon assureur LAMal le Groupe Mutuel et j'ai souscrit une assurance LAMal auprès d'un autre assureur. Évidemment, en quittant le Groupe Mutuel je n'ai laissé derrière moi aucun impayé sur mes primes mensuelles, mes franchises et mes participations au coûts. À l'époque, j'ai en effet effectué des paiements à hauteur d'environ CHF 37'000.-. Cependant, fin 2019 (soit quelques 3 ans après mon départ du Groupe Mutuel), j'ai reçu une citation à comparaître au Tribunal de première instance pour des factures impayées de la Clinique des Grangettes, que le Groupe Mutuel n'a pas réglées. Le Groupe Mutuel ne m'a jamais répondu pourquoi ils n'ont pas réglé ces factures ».

10. L'intéressée a complété sa demande le 1^{er} février 2020. Elle répète qu'elle n'a jamais signé de contrat avec l'assureur-maladie et qu'elle n'a pas accepté les conditions de celui-ci, s'étonnant de ce que l'assureur « n'ait point trouvé problématique le fait que mon mari, résidant en Afrique du Sud à Johannesburg, ait signé le 22 juin 2014 (suite à l'offre de l'assureur du 19 juin 2014) un contrat individuel LAMal pour notre fille. (...) L'assureur a donc obtenu une signature d'une personne vivant à l'étranger pour souscrire ce contrat de ma fille sans me demander mon accord par écrit. Si l'assureur a choisi de se dispenser de mon accord, alors c'est toujours à l'assureur de s'adresser à la personne qui leur a fourni cette seule signature (M. D_____) pour lui exiger le paiement des primes et des prestations de l'assurance de sa fille ».

Ont été versés au dossier :

- une note d'honoraires du 22 décembre 2015 de la Clinique des Grangettes, Centre de consultation d'urgence de pédiatrie, adressée à Mutuel Assurances, pour un traitement dispensé le 19 décembre 2015.
 - un décompte de prestations 2015 du 28 janvier 2020 concernant la fille de l'intéressée.
 - une requête de conciliation déposée par l'office de recouvrement et de contentieux SA (ORC) contre l'intéressée le 29 octobre 2019 auprès du Tribunal civil de première instance visant à ce qu'elle soit condamnée à lui verser la somme de CHF 4'637.60 concernant entre autres la note d'honoraires de la Clinique des Grangettes du 22 décembre 2015 (soins dispensés le 19 décembre 2015).
11. Par courrier du 6 février 2020, l'intéressée a à nouveau indiqué que « j'ai reçu une citation à comparaître au Tribunal de première instance pour des factures impayées de la Clinique des Grangettes que le Groupe Mutuel n'a pas réglées. Le Groupe Mutuel ne m'a jamais répondu pourquoi ils n'ont pas réglé ces factures ».
12. Le 19 février 2020, l'intéressée a transmis à la chambre de céans un décompte de prestations daté du 7 février 2020 concernant un traitement donné à sa fille à la Clinique des Grangettes le 26 août 2015 pour un montant de CHF 140.10, décompte sur lequel il est précisé que la facture a déjà été remboursée. Or, la Clinique des Grangettes lui en a réclamé le paiement dans sa requête du 29 octobre 2019.
13. Le 21 février 2020, l'intéressée, bien que prenant note de ce que l'assureur-maladie s'était vu impartir un délai d'un mois pour déposer ses observations, a tenu à rappeler qu'elle concluait à l'annulation de l'arrêt du 25 octobre 2016.
14. Dans sa réponse du 13 mars 2020, l'assureur-maladie a constaté que les conditions légales pour une révision de l'arrêt du 25 octobre 2016 n'étaient pas remplies, dès lors que l'intéressée n'invoquait aucun fait ou moyen de preuve nouveau. La citation à comparaître au Tribunal de première instance pour des factures de la

Clinique des Grangettes ne constitue à cet égard pas un fait nouveau. L'assureur-maladie rappelle à cet égard que l'intéressée a signé des cessions de créances pour les factures de cette clinique, l'autorisant à les rembourser directement, sous déduction de la franchise et des participations légales.

L'assureur-maladie conclut au rejet de la demande de révision.

15. Dans sa réplique du 23 juin 2020, l'intéressée a déclaré persister dans sa demande de révision du jugement du 25 octobre 2016, relevant que « *l'assureur-maladie* continue de commettre des falsifications et de cacher des informations importantes à ce dossier et refuse de présenter des documents qui sont indispensables dans l'affaire et ceci uniquement pour tenter d'éviter la révision du jugement ».
16. Le 8 juillet 2020, l'intéressée a demandé à la chambre de céans d'interroger l'office cantonal de la population sur Monsieur D_____ afin d'établir « qu'il ne réside plus dans le canton de Genève et qu'il n'est plus au bénéfice d'un permis de séjour depuis 2010, qu'il n'a jamais été domicilié au Grand-Lancy (ce qui n'a pas gêné l'assureur-maladie qui a accepté qu'il signe en juin 2014 le contrat d'affiliation à l'assurance-maladie pour sa fille, alors qu'il réside à l'étranger). Or, l'assureur-maladie avait déclaré envoyer toutes sortes de documents à l'adresse du père au Grand-Lancy, alors qu'il savait très bien que celui-ci résidait en Afrique du Sud. C'est la preuve que l'assureur a sciemment caché des données. Ils l'ont fait pour obtenir du Tribunal en 2016 un jugement en leur faveur ».
17. Le 31 juillet 2020, l'intéressée a demandé que l'assureur produise « la prétendue lettre du 8 mai 2015 dans laquelle j'aurais demandé le regroupement du contrat d'assurance de ma fille avec un parfait inconnu, Monsieur E_____ (voir ci-jointe leur lettre soi-disant de réponse du 12 mai 2015), ainsi que la prétendue lettre du 27 octobre 2016 dans laquelle j'aurais cette fois-ci demandé le regroupement du contrat d'assurance de ma fille déjà avec mon mari, M. D_____ figurant bien étrangement à la même adresse que le parfait inconnu, M. E_____ (voir ci-joint leur lettre soi-disant de réponse du 11 janvier 2017) ».
18. Dans sa duplique du 27 août 2020, l'assureur-maladie s'est expressément référé à ses précédentes écritures. Il rappelle que le contrat d'assurance de l'intéressée aussi bien que celui de sa fille ont été signés par l'intéressée le 2 décembre 2010. Celle-ci a donc bien, par sa signature, demandé en décembre 2010, qu'elle-même et sa fille soient assurées auprès de la caisse-maladie qui n'a fait que donner suite à cette demande. L'intéressée est donc de mauvaise foi quand elle lui reproche de l'avoir affiliée, elle et sa fille, au motif, entre autres, que le domicile de M. D_____ aurait été hors de Suisse à ce moment-là.

L'assureur-maladie souligne que depuis 2011, les certificats d'assurance de l'intéressée et sa fille lui sont envoyés. C'est donc à tort qu'elle prétend qu'il ne lui aurait pas communiqué le contrat. L'intéressée a de même été dûment informée du changement d'assurance pour sa fille, ce par courrier du 30 juin 2014.

C'est donc parfaitement à tort, voire de mauvaise foi, que l'intéressée prétend qu'il aurait manqué à ses devoirs d'information ou même aurait menti.

19. L'intéressée a sollicité un délai pour se déterminer sur ladite duplique. Un dernier délai lui a ainsi été accordé au 5 octobre 2020.
20. Le 3 octobre 2020, l'intéressée a insisté sur le fait que l'assureur ne répondait jamais aux griefs qu'elle soulevait et lui reproche de « continuer à commettre des falsifications et de cacher des informations importantes ». Elle reprend pour le surplus les arguments déjà développés dans ses précédentes écritures.
21. Ce courrier a été transmis à l'assureur-maladie et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Le présent litige porte sur la question de savoir si la chambre de céans doit réviser son arrêt du 25 octobre 2016 (ATAS/867/2016).
2. Selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements des tribunaux cantonaux des assurances sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Cette disposition légale fixe les motifs de révision qu'il est possible de faire valoir en procédure cantonale, mais laisse au droit cantonal la compétence de régler la procédure de révision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2e éd., n. 134 ad art. 61; cf. aussi ATF 111 V 51). En particulier, la question du délai de révision relève du droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral des assurances sociales I 642/04 du 6 décembre 2005 consid. 1).

Aux termes de l'art. 80 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision (let. a); que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le demandeur ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente (let. b); que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce (let. c); que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel (let. d); que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées (let. e).

Selon l'art. 81 LPA-GE, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision (al. 1), mais au plus tard dans les dix ans (al. 2). Elle doit en particulier indiquer le motif de révision et contenir les conclusions du requérant pour le cas où la révision serait admise et une nouvelle décision prise.

À teneur de l'art. 17 LPA-GE, les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche (al. 1). Le délai fixé par

semaines, par mois ou par années expire le jour qui correspond par son nom ou son quantième à celui duquel il court; s'il n'y a pas de jour correspondant dans le dernier mois, le délai expire le dernier jour dudit mois (al. 2).

3. a. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, 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 qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2). Les preuves, quant à elles, doivent 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. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 358 consid. 5 b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4).
- b. La révision, voie de droit extraordinaire, se distingue de l'appel. Elle vise à empêcher que le tribunal fonde sa conviction sur un état de fait incomplet et ignore des éléments déterminants qui résultent des pièces du dossier; elle n'a pas pour but de permettre un réexamen de la solution juridique retenue par l'arrêt dont la révision est demandée (arrêts du Tribunal fédéral 1F_12/2015 du 27 avril 2015 consid. 3 et 2A.287/2001 du 2 juillet 2001 consid. 1b ; ATAS/82/2018 du 30 juin 2018 consid. 5b).
4. En l'espèce, l'intéressée fait valoir, à l'appui de sa demande en révision, que trois ans après avoir quitté l'assureur et s'être acquittée de tous les montants qu'elle lui devait, elle avait reçu une citation à comparaître devant le Tribunal de première instance pour des factures de la clinique des Grangettes que l'assureur-maladie n'avait pas payées.

Elle relève également que l'assureur a accepté que son mari, résidant à Johannesburg, signe un contrat d'assurance-maladie pour sa fille le 22 juin 2014, sans lui demander son accord.
5. Il s'agit de déterminer si la question des factures dont la clinique des Grangettes a réclamé à l'intéressée le paiement et dont la liste fait l'objet de la demande déposée par l'office de recouvrement et de contentieux – ORC le 29 octobre 2019 auprès du

Tribunal de première instance constitue ou non un fait nouveau pouvant justifier la révision de l'arrêt du 25 octobre 2016.

6. Il y a préalablement lieu de constater que la demande de révision a été adressée par écrit à la chambre de céans dans les trois mois dès la réception par l'intéressée de l'avis de citation à comparaître devant le Tribunal de première instance, mais au plus tard dans les dix ans. Aussi les délais prévus à l'art 81 LPA ont-ils été respectés.
7. a. L'intéressée a produit notamment un décompte de prestations établi par l'assureur-maladie le 7 février 2020 pour un traitement dispensé le 26 août 2015 et portant sur un montant de CHF 140.10. Elle relève qu'il y est expressément indiqué que « la facture a déjà fait l'objet d'un remboursement auprès du dispensateur de soins ». Or, cette facture figure dans la liste dressée par l'ORC. Elle en conclut que l'assureur-maladie, contrairement à ce qu'il prétend, ne l'a en réalité pas prise en charge et a ainsi failli à ses obligations légales.
b. Tel n'est pas le cas cependant. L'intéressée omet en effet de lire le texte du décompte dans son intégralité. L'assureur-maladie y a en effet précisé que le remboursement en question avait été effectué « conformément à la cession de créance que vous avez signée » et que « le montant non remboursé représente les participations légales (franchise/quote-part) qui restent à votre charge ».

La chambre de céans constate à cet égard que l'intéressée a signé des cessions de créances en faveur de la Clinique des Grangettes le 19 décembre 2015, autorisant l'assureur-maladie à rembourser ces factures directement, sous déduction de la franchise et des participations légales, de sorte qu'elle est restée débitrice, envers le prestataire de soins, des montants représentant les franchises et participations légales dont elle ne s'est pas acquittée auprès de l'assureur-maladie.

Il y a lieu de relever qu'il en est de même pour les autres décomptes produits par l'intéressée.

Il paraît vraisemblable que l'intéressée n'a pas compris ce à quoi elle s'engageait en signant les cessions de créances. Il n'en reste pas moins qu'elle les a signées.

- c. Cela dit, on ignore, au vu des pièces versées au dossier, si les montants dont le paiement est réclamé à l'intéressée par l'ORC ne correspondent qu'à la franchise et/ou à des participations légales comme l'assureur-maladie le soutient ou s'ils couvrent la totalité de ce qui a été facturé par la clinique des Grangettes.

La question peut quoi qu'il en soit rester indécise, dans la mesure où il ne s'agit pas là de faits nouveaux qui auraient été de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt dont l'intéressée demande la révision et conduire à un jugement différent.

Le litige ayant fait l'objet de l'arrêt du 25 octobre 2016 ne porte en effet que sur l'affiliation de l'intéressée et de sa fille auprès de l'assureur-maladie, et, partant, sur le bien-fondé de la constatation faite par l'assureur-maladie que l'intéressée est

débitrice de ses primes personnelles et participations aux coûts relevant de l'assurance obligatoire des soins à compter du 1^{er} février 2014, ainsi que de celles de sa fille pour les mois d'août à décembre 2015. Une révision ne pourrait intervenir que dans ce cadre bien précis.

8. L'intéressée allègue également que Monsieur D_____ résidait en Afrique du Sud et n'était en conséquence pas en droit de conclure un contrat d'assurance-maladie avec l'assureur-maladie pour sa fille le 22 juin 2014. Selon l'office cantonal de la population, celui-ci a en effet quitté Genève pour Johannesburg le 31 mai 2010.

Cette information n'est toutefois pas de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt du 25 octobre 2016. La chambre de céans y constatait en effet que la fille de l'intéressée avait été transférée en assurance individuelle obligatoire des soins à compter du 1^{er} juillet 2014, à sa sortie du contrat collectif conclu par l'employeur, qu'un certificat d'assurance 2014 avait été établi en ce sens et que l'intéressée n'avait pas résilié le contrat pour la fin de l'année 2013, de sorte que sa fille était restée affiliée en 2014.

L'information selon laquelle Monsieur D_____ ne résidait plus en Suisse ne constitue ainsi pas non plus un fait nouveau au sens de l'art. 61 let. i LPGA.

9. La demande en révision est, au vu de ce qui précède, rejetée.

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

1. Déclare la demande en révision recevable.
2. La rejette.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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