du 18 février 1997

dans la cause

Madame Z
représentée par Mme Claude Fontaine, mandataire

contre

AVENIR ASSURANCES
représentée par Me André Fidanza, avocat

A/1000/1996-ASSU

EN FAIT

1. Madame Z_____ est domiciliée à Perly, dans le canton de Genève. Elle était assurée auprès de la société suisse d'assurance maladie et accidents "l'Avenir assurances" (ci-après : l'Avenir assurances ou l'intimée), notamment pour la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques.

2. Le 18 décembre 1995, Mme Z_____ a résilié son contrat d'assurance-maladie la liant à l'Avenir assurances, avec effet au 31 décembre 1995. Cette lettre a été reçue le 27 décembre 1995.

Le 17 janvier 1996, l'Avenir assurances a accusé réception de la résiliation du contrat d'assurances avec effet au 31 mars 1996, à condition que la nouvelle caisse-maladie de Mme Z_____ lui adresse une attestation d'affiliation aux prestations de l'assurance obligatoire des soins et que les primes et la participation aux frais dues par la recourante soient payées à la date précitée. L'intimée attirait encore l'attention de la recourante sur le fait que l'affiliation de cette dernière serait maintenue si ces conditions n'étaient pas réalisées.

3. Le 11 mars 1996, Mme Z_____ a remis une attestation de sa nouvelle caisse-maladie à l'Avenir assurances, valable dès le 1er janvier 1996, et elle a demandé le remboursement de la prime payée pour le mois de janvier 1996.

4. Le 30 mai 1996, l'Avenir assurances a répondu à Mme Z_____ en se référant à sa lettre du 17 janvier 1996 et en l'informant de ce qu'elle ne s'était pas acquittée des primes dues jusqu'au 31 mars 1996, raison pour laquelle son sociétariat auprès de l'Avenir assurances, en ce qui concernait uniquement les prestations de l'assurance obligatoire des soins, serait maintenu. L'intimée a ajouté que le prochain terme légal de démission était le 31 décembre 1996 pour autant que Mme Z_____ résilie son contrat avant le 30 septembre 1996.

Le 4 juin 1996, la recourante a répondu à la lettre de l'intimée du 30 mai 1996. Elle a persisté dans sa demande de remboursement de la prime d'assurance due

pour le mois de janvier 1996 et a remis à l'intimée une nouvelle attestation d'assurance comportant la date du 1er janvier 1996 comme début de la couverture.

5. Le 11 juin 1996, l'Avenir assurances a rendu une décision constatant que la recourante était toujours débitrice de certaines primes d'assurance et qu'elle ne pourrait démissionner dès lors que pour le 31 décembre 1996, pour autant qu'elle en manifeste la volonté jusqu'au 30 septembre 1996 et qu'elle s'acquitte des primes dues.

6. Le 2 juillet 1996, l'Avenir assurances, faisant référence à un entretien téléphonique avec la mandataire de Mme Z_____, s'est déclarée d'accord de résilier le contrat d'assurance avec effet au 30 juin 1996, pour autant que Mme Z_____ s'acquitte des primes et prestations dues et qu'elle fournisse à nouveau une attestation d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins dès le 1er juillet 1996. L'Avenir assurances se réservait le droit de maintenir les termes de sa lettre du 11 juin 1996.

7. Le 11 juillet 1996, Mme Z_____ a contesté la décision de l'Avenir assurances du 11 juin 1996.

8. Le 17 juillet 1996, l'Avenir assurances a rendu une décision sur opposition au sens de l'article 85 de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), maintenant sa décision du 11 juin 1996 et comportant l'indication des voies de recours prévues par l'article 86 alinéa 1 LAMal.

9. Par un acte de recours daté du 17 août 1996, mais remis à un office des postes le 18 août 1996, la mandataire de Mme Z_____ a conclu à l'annulation de la décision prise sur opposition par l'intimée le 17 juillet 1996 et à ce que la prime due pour le mois de janvier 1996 soit remboursée à la recourante. Elle a fait valoir que la loi sur l'assurance maladie obligatoire, le subventionnement des caisses-maladie et l'octroi de subsides en faveur de certains assurés des caisses-maladie du 18 septembre 1992 (LAMO - J/5/1) avait été abrogée par l'entrée en vigueur de la LAMal. Elle a reproché encore à l'intimée de faire preuve d'une rigidité particulière pour s'opposer aux départs d'assurés jeunes qui lui avaient peu coûté jusque là.

10. Le mandataire de l'intimée, après avoir demandé à

plusieurs reprises la prolongation des délais qui lui avaient été impartis, a déposé, le 28 octobre 1996, une réponse au recours.

Il concluait au rejet de ce recours et à la condamnation de Mme Z_____ aux dépens.

11. Le 31 janvier 1997, le juge délégué à l'instruction de la cause a interpellé la caisse-maladie Kolping, à Cologny, pour qu'elle lui confirme avoir affilié à l'assurance obligatoire des soins Mme Z_____ dès le 1er janvier 1996. Il a demandé en outre à cet assureur s'il serait disposé à rembourser à sa cliente les primes dues pendant une éventuelle période de double affiliation entre le 1er janvier et le 31 mars 1996.

Par une lettre du 4 février 1997, la caisse-maladie Kolping a confirmé l'affiliation de Mme Z_____ à l'assurance obligtoire des soins et elle a déclaré également être disposée à rembourser, le cas échéant, les cotisations versées du 1er janvier au 31 mars 1996, sous déduction d'éventuelles prestations.

EN DROIT

1. a. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 8 A let. a de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970 - LTA - E/3,5/1; art. 30 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 30 juin 1911 - LAMA - applicable par renvoi de l'art. 102 al. 1 LAMal et 86 al. 1 LAMal).

b. Les parties s'accordent pour considérer que seule l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins est contestée en la présente cause. Il est admis que la dernière prime payée par la recourante est celle correspondant au mois de janvier 1996 et que cette dernière est affiliée depuis le début de ce mois auprès d'un nouvel assureur pour l'assurance obligatoire des soins.

Seules restent donc litigieuses les questions de savoir si la recourante a valablement résilié le contrat qui la liait à l'intimée et, le cas échéant, à quelle date a pris effet cette résiliation.

c. En raison de l'entrée en vigueur complète de la LAMal le 1er janvier 1996, il y a lieu de déterminer quel est le droit applicable à la résiliation du rapport d'assurance.

Selon les principes généraux du droit transitoire admis par la jurisprudence et la doctrine, on applique les règles qui étaient en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié d'un point de vue juridique (ATF 121 V 100, 119 V 281; P. MOOR, Droit administratif: les fondements généraux, vol. I, 2ème éd., Berne 1994, p. 171).

En l'espèce, la lettre de résiliation a été reçue par l'intimée le 27 décembre 1995 et ce sont donc les normes en vigueur à cette date qui sont applicables.

d. Contrairement à ce que semble soutenir la recourante, l'entrée en vigueur complète de la LAMal le 1er janvier 1996 n'a pas pas eu pour effet l'abrogation de la législation cantonale en matière d'assurance maladie. De surcroît, les articles 3 à 7 LAMal, qui règlent l'obligation de s'assurer ainsi que les conditions d'un changement d'assureur, sont entrés en vigueur à la date susmentionnée et non le 1er juin 1995, comme certaines autres dispositions de cette loi fédérale. On ne saurait considérer qu'elles auraient pu abroger, avant même leur entrée en vigueur, des dispositions de droit cantonal qui étaient applicables comme on l'a vu au moment de la réception de la lettre de résiliation.

2. Selon l'article 10 alinéa 1 LAMO, l'assuré peut changer de caisse pour la fin d'un trimestre d'une année civile moyennant un préavis de trois mois.

L'intimée était donc en droit d'exiger de la recourante qu'elle reste affiliée jusqu'au 31 mars 1996 (ATA du 22 novembre 1994 en la cause C.). Elle ne conteste pas avoir reçu durant le délai de résiliation, soit par une lettre de la recourante du 11 mars 1996, parvenue à son destinataire le 13 mars 1996, une attestation du nouvel assureur de la recourante pour la période débutant le 1er janvier 1996.

La recourante a donc respecté les obligations découlant du droit cantonal qui prohibe l'interruption de la couverture d'assurance (art. 11 al. 1 LAMO). Il y a ainsi lieu de considérer que la lettre de la recourante

du 18 décembre 1995 vaut changement d'assureur à compter du 31 mars 1996.

3. La recourante soutient encore qu'elle ne devait plus de primes d'assurance à partir du 1er janvier 1996 du fait du nouveau rapport d'assurance conclu pour cette date.

a. Selon une jurisprudence constante du tribunal de céans, il ne peut y avoir ni interruption de couverture, ni double affiliation pour les mêmes prestations comme le prévoit l'article 11 alinéa 1 LAMO (ATA du 9 mai 1995 en la cause C. et du 28 avril 1995 en la cause G., résumé in SJ 1997 p. 32, ainsi que les arrêts cités). Cette contrainte, voulue par le législateur cantonal, a trouvé maintenant son expression en droit fédéral, l'article 3 alinéa 1 LAMal disposant que toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie. La question de savoir si le législateur cantonal peut encore édicter ou maintenir des dispositions en matière d'affiliation obligatoire des personnes domiciliées en Suisse peut demeurer indécise, le litige devant être résolu sous l'empire de l'ancien droit.

b. L'interdiction de la double, voire d'une multiple affiliation, a pour conséquence que lorsqu'un assuré a valablement signé des demandes d'adhésion auprès de plusieurs assureurs, seule l'une des affiliations est valable. Il s'agit là d'une entorse au principe de la liberté des conventions, le droit impératif l'emportant sur la volonté des parties.

Dans un tel cas, il faut admettre la primauté de l'affiliation la plus ancienne, la prise d'effet de la plus récente étant repoussée au moment où la sortie de la première caisse, voire d'autres caisses, peut être acceptée. Seule cette solution est compatible avec l'article 10 alinéa 1 LAMO.

4. L'intimée soutient sans le démontrer, en produisant par exemple le contrat d'assurance qui la liait à la recourante, ou, à tout le moins, un exemplaire de ses conditions générales, qu'une résiliation du rapport d'assurance ne peut prendre effet tant que l'assuré reste débiteur de cotisations d'assurance. Il y a d'ailleurs lieu de souligner qu'aucune des écritures de l'intimée, que ce soit dans celle adressée à la recourante avant le début de la présente procédure ou dans celle déposée devant la juridiction de céans, ne

précise sur quel article de ses conditions générales ou du contrat d'assurance reposerait sa prétention au maintien de l'affiliation de la recourante au-delà du 31 mars 1996.

Une telle solution ne trouve son appui ni dans le droit fédéral en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, ni encore dans le droit cantonal.

Certes, le nouveau droit a réglé expressément les conditions dans lesquelles l'affiliation auprès de l'ancien assureur prend fin (art. 7 al. 5 LAMal): selon l'art. 9 al. 3 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), lorsque l'assuré en demeure entend changer d'assurance, son assureur créancier ne peut mettre fin au rapport d'assurance que si les primes ou participations aux coûts arriérées ont été entièrement payées, y compris les intérêts moratoires. Or cette disposition n'est pas applicable à la présente espèce. La référence à l'art. 94 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (RS 832.10) qui règle l'adhésion et la sortie de l'assurance avec franchises à option n'est d'aucun secours à l'intimée puisque cette disposition est aussi entrée en vigueur le 1er janvier 1996 seulement, soit après la réception de la lettre de résiliation de la recourante.

5. La nouvelle caisse-maladie de la recourante ayant accepté de lui rembourser les primes d'assurance maladie dues pendant la période de double affiliation du 1er janvier au 31 mars 1996, il n'y a pas lieu d'appeler celle-ci formellement en cause et il suffira de lui donner acte de son engagement.

6. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu. Même si la recourante n'a pas conclu à la condamnation de l'intimée au versement d'une indemnité de procédure, il lui en sera allouée une d'un montant de 400.- Frs.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 18 août 1996 par Madame Z_____ contre la décision de l'Avenir assurances du 17 juillet 1996;

au fond :

l'admet partiellement;

condamne Mme Z_____ au paiement des cotisations à la société suisse d'assurance maladie et accidents l'Avenir assurances pour les mois de février et de mars 1996;

donne acte à la caisse-maladie Kolping de son engagement de rembourser à Mme Z_____ les cotisations de l'assurance obligatoire des soins pour la période du 1er janvier au 31 mars 1996, sous déduction des éventuelles prestations pendant cette période;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

alloue une indemnité de procédure à la recourante de 400.- Frs;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adlingenswilerstrasse 24, 6000 Lucerne;

communique le présent arrêt à Madame Claude Fontaine, mandataire de la recourante, ainsi qu'à Me André Fidanza, avocat de l'intimée, à l'Office fédéral des assurances sociales et pour information à la caisse-maladie Kolping.

Siégeants : Mme Bovy, présidente, M. Schucani, Mme Bonnefemme-Hurni, MM. Thélin, Paychère, juges.

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste : la présidente :

V. Montani L. Bovy

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le p.o. la greffière :

J. Rossier-Ischi