

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1041/2017

ATAS/75/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 janvier 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à COLOGNY

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise Droit & Compliance, avenue
de Provence 15, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1978, et sa fille B _____ (ci-après : la fille de l'assurée), née le _____ 2012, sont assurées auprès de Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana, l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, respectivement dès le 1^{er} octobre 2013 s'agissant de l'assurée et dès le 1^{er} janvier 2014 s'agissant de la fille de l'assurée. L'assurée et sa fille ont été regroupées dans un contrat familial depuis le 1^{er} septembre 2014.
2. Le 8 octobre 2015, l'assurée ne s'étant pas acquittée du paiement de primes d'assurances en dépit de rappels et sommations, Helsana a requis à son encontre la notification d'un commandement de payer pour un montant de CHF 1'436.60 pour les primes impayées des mois de septembre et octobre 2014, décembre 2014, janvier 2015 et mars à juillet 2015 (CHF 2'781.60 – CHF 1'345.-), avec intérêts à 5 % dès le 22 février 2015, plus CHF 320.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais d'intervention.
3. Le commandement de payer n° 1 _____ qu'a établi l'Office des poursuites a été notifié le 14 janvier 2016 à l'assurée.
4. Cette dernière a formé opposition partielle à ce commandement de payer, reconnaissant devoir à l'assureur un montant de CHF 1'436.60.
5. Par décision du 29 mars 2016, réexpédiée à l'assurée le 18 juillet 2016, Helsana a prononcé la mainlevée définitive de cette opposition partielle et dit que l'assurée lui était débitrice d'un montant de CHF 2'010.95, soit de la créance de CHF 1'436.60, plus CHF 93.75 d'intérêts moratoires à 5 % dès le 22 février 2015, CHF 100.60 de frais juridiques, CHF 200.- de frais de rappel, CHF 120.- de frais pour paiements échelonnés et CHF 60.- de frais de contentieux. Opposition pouvait être formée contre cette décision dans un délai de trente jours.
6. L'assurée a formé opposition à cette décision le 28 juillet 2016.
7. Par décision sur opposition du 22 septembre 2016, réputée avoir été notifiée à l'assurée le 3 octobre 2016 (soit à l'échéance du délai de garde de ce recommandé resté non réclamé par l'assurée), Helsana a rejeté cette opposition contre sa décision précitée du 29 mars 2016 et a levé l'opposition à la poursuite n° 1 _____ pour le montant de CHF 1'436.60, avec intérêts à 5 % dès le 22 février 2015, plus CHF 200.- de frais de rappel, CHF 60.- de frais d'intervention et CHF 120.- de frais pour paiement échelonné. Recours pouvait être formé contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances dans un délai de trente jours.
8. Par acte du 3 novembre 2016 (enregistré comme recours sous le n° A/3755/2016), l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'assureur prononçant, sur opposition, la mainlevée de son opposition au commandement de payer n° 1 _____ .

9. Par courrier recommandé du 15 novembre 2016, l'assurée a résilié son assurance obligatoire des soins pour le 31 décembre 2016, en précisant que son nouvel assureur lui ferait parvenir une attestation d'assurance.
10. Le 28 novembre 2016, parallèlement (sinon en annexe) à un courrier indiquant avoir pris connaissance avec regret de la résiliation de sa couverture d'assurance et avoir procédé aux changements souhaités, Helsana a adressé à l'assurée, pour elle-même et sa fille B_____, un courrier-type aux termes duquel la résiliation de l'assurance obligatoire des soins ne pourrait être enregistrée que si une attestation d'assurance du nouvel assureur-maladie lui parvenait et ne deviendrait effective que s'il ne subsistait aucun arriéré de paiement au moment où le contrat prenait fin.
11. Par courrier personnalisé du 17 janvier 2017, Helsana a indiqué à l'assurée que sa résiliation n'était pas valable, dès lors que toutes les factures n'avaient pas été payées. Si elle souhaitait toujours changer d'assureur, il lui fallait lui adresser une nouvelle lettre de résiliation pour la prochaine échéance, en satisfaisant à la condition de n'avoir pas de factures ouvertes. Helsana lui a fait parvenir par le même courrier sa police d'assurance LAMal valable dès le 1^{er} janvier 2017, fixant sa prime mensuelle à CHF 383.35, ainsi que les factures de primes de janvier, février et mars 2017.
12. Par courrier du 31 janvier 2017, Helsana a indiqué à Mutuel Assurance Maladie AG, dont elle avait reçu une attestation d'assurance concernant l'assurée, que la résiliation que celle-ci avait faite de son assurance obligatoire des soins n'était pas effective dès lors que subsistaient des factures ouvertes.
13. Le 7 février 2017, l'assurée a écrit à Helsana qu'il était inutile de lui envoyer des factures de primes pour l'année 2017, car elle n'avait plus de contact avec elle, vu la résiliation de son assurance au 31 décembre 2016. Un motif principal l'ayant conduite à rompre avec Helsana était une mauvaise gestion de son dossier, une rupture de confiance de sa part à l'endroit de Helsana.
14. Par courrier du 16 mars 2017, Helsana a indiqué à l'assurée que la résiliation de son assurance obligatoire des soins n'avait pas pu devenir effective en raison de ses arriérés de paiement, s'élevant désormais à CHF 2'080.25. L'assurée ne se trouvait par ailleurs pas dans la situation de devoir changer d'assureur en raison d'un changement de résidence ou de prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur, cas dans lesquels un assuré en retard de paiement pouvait changer d'assureur, en dérogation à la disposition légale posant le principe inverse. L'assurée et sa fille restaient affiliées auprès d'Helsana pour l'année 2017.
15. Par courrier du 17 mars 2017, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales d'une demande de confirmation de sa résiliation d'affiliation à Helsana. Elle avait résilié son assurance obligatoire des soins parce que Helsana avait traité son dossier de façon très insatisfaisante, au point qu'il y avait rupture de confiance ; elle avait dû agir contre Helsana par le biais du recours A/3755/2016 (auquel elle demandait que sa demande soit liée) ; les nouvelles primes d'assurance de base de Helsana

étaient plus élevées que celles d'autres assureurs. Helsana avait accepté la résiliation de l'affiliation de sa fille (assurée depuis le 1^{er} janvier 2017 auprès de SUPRA), mais pas la sienne, si bien qu'elle perdait l'avantage de la réduction de prime en tant que groupe familial. Elle n'avait pas à être retenue « de force » chez Helsana. Elle avait perdu son emploi et se trouvait à l'aide sociale.

16. Par écriture du 6 avril 2017, Helsana a objecté n'avoir pas pris de décision formelle sujette à recours, et donc que le recours était irrecevable, faute de décision puis de décision sur opposition. Subsidiairement, le refus de la résiliation de l'assurance obligatoire des soins de l'assurée était bien fondé ; il ne concernait pas la fille de l'assurée, qui était affiliée dorénavant chez SUPRA.
17. Dans des observations du 27 avril 2017, l'assurée a persisté dans les termes de sa « demande », en réexpliquant le déroulement des faits. Le fait que Helsana n'avait le cas échéant pas procédé « formellement » ne lui donnait pas le droit de l'empêcher d'être assurée auprès d'un nouvel assureur. L'argument que ses primes étaient impayées ne lui était pas opposable car elle avait contesté les montants réclamés, par le biais du recours A/3755/2016.
18. Le 6 juin 2017, l'assurée s'est plainte auprès de la chambre des assurances sociales que Helsana continuait à lui envoyer des courriers et des factures, en rajoutant des frais de rappel et en la menaçant de poursuites. Il n'était pas admissible d'empêcher un assuré de changer d'assurance en raison d'arriérés de paiement. Helsana la menaçait de résilier l'affiliation de sa fille chez SUPRA rétroactivement au 1^{er} janvier 2017 (d'après un courriel joint de Helsana du 19 mai 2017, indiquant que le dossier de sa fille était « en cours de réactivation »). Et le Groupe Mutuel refusait de traiter ses factures médicales.
19. Par arrêt du 20 juin 2017 (ATAS/503/2017), la chambre des assurances sociales a déclaré le recours A/3755/2016 de l'assurée irrecevable, pour cause de tardiveté et d'absence de motif de restitution du délai de recours.
20. Le 4 août 2017, l'assurée a indiqué à la chambre des assurances sociales qu'elle n'allait pas contester cet arrêt. Elle a ajouté que Helsana n'était pas en droit de refuser l'affiliation de sa fille avec SUPRA au milieu de l'année ; sa fille ne pouvait avoir de dettes à l'égard de Helsana, étant au bénéfice d'un subside à 100 % depuis 2014. Elle a joint à ce courrier une confirmation, du 28 juillet 2017, de la résiliation de l'assurance obligatoire des soins de sa fille au 31 décembre 2016.

EN DROIT

1. a. 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.

b. En l'occurrence, il doit être admis que l'intimée a rendu, matériellement, une décision, le 17 janvier 2017, refusant la résiliation de l'assurance obligatoire des soins de la recourante pour le motif, déjà indiqué dans le courrier-type du 28 novembre 2016, qu'elle avait des factures impayées, et qu'à la suite du courrier que la recourante lui avait adressé le 7 février 2017 pour contester cette position, l'intimée a, à bon droit, interprété cette contestation comme une opposition et qu'elle a statué sur cette dernière par son courrier, valant décision sur opposition, du 16 mars 2017. Ce serait en l'occurrence faire montre d'un formalisme excessif que de déclarer le recours irrecevable pour défaut de décision formelle et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle rende d'abord une décision formelle, puis, en cas d'opposition, une décision sur opposition sujette à recours à la chambre des assurances sociales, alors que la recourante n'a pas été induite en erreur par l'absence d'indication des voies de contestation respectivement contre cette décision et cette décision sur opposition, puisqu'elle a formé opposition puis recours devant les bonnes autorités et en temps utile.

c. Déposé le jour même de la réception de la décision attaquée (soit le 17 mars 2017), la « demande » formée par la recourante devant la chambre des assurances sociales doit être comprise comme un recours formé en temps utile (art. 60 LPGA). On comprend d'emblée que cet acte tend à l'annulation du refus d'acceptation de la résiliation de l'affiliation de la recourante à l'intimée au 31 décembre 2016. Cet acte satisfait au surplus aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu qu'un recours doit respecter (art. 61 let. a LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

En tant qu'assurée dont la résiliation de l'affiliation est refusée, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

d. Le recours est donc recevable.

2. Il sied de préciser qu'il porte uniquement sur le refus de la résiliation de l'affiliation de la recourante – mais non de sa fille – à l'intimée au 31 décembre 2016. Il n'y a pas de décision similaire concernant la fille de la recourante (sinon la lettre-type, apparemment non signée, que l'intimée a envoyée le 28 novembre 2016 à l'assurée, parallèlement voire en annexe à un courrier du même jour). L'intimée a admis que la fille de la recourante était affiliée auprès de SUPRA dès le 1^{er} janvier 2017. Elle a envisagé au cours de l'année 2017 de remettre en question cette affiliation, mais elle a renoncé à cette démarche et a même confirmé formellement, le 28 juillet 2017, la résiliation de l'affiliation de la fille de la recourante à l'intimée et, en conséquence, la suppression de sa couverture d'assurance au 31 décembre 2016.

-
3. a. À teneur de la LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois (art. 7 al. 2 phr. 1). En dérogation à l'art. 7, 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 phr. 1). Sont réservés les deux cas prévus respectivement par l'art. 7 al. 3 et 4, à savoir d'une part le cas dans lequel l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi (l'affiliation prenant alors fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur), et d'autre part, le cas dans lequel l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (l'affiliation prenant alors fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer).
- b. Ces dispositions sont issues d'une modification du 18 mars 2005 de la LAMal (RO 2005 3587 ss).

Dans son message du 26 mai 2004 relatif à cette modification de la LAMal (FF 2004 4089 ss), le Conseil fédéral a expliqué que la disposition figurant actuellement à l'art. 64a al. 6 LAMal (mais à l'al. 4 dans la version adoptée le 18 mars 2005), apportait une nouveauté, consistant à empêcher les assurés en demeure de pouvoir changer d'assureur avant d'avoir entièrement réglé leurs arriérés de primes ou de participations aux coûts. Cette conséquence du retard de paiement – expliquait-il (FF 2004 4102 s.) – se justifiait à deux titres: « premièrement, parce que depuis les arrêts du TFA du 29 juin 1999 relatifs à l'art. 9 al. 3, OAMal en vigueur à l'époque et abrogé depuis (cf. ATF 125 V 266), il est possible de changer d'assureur même en cas d'arriérés de paiement, et deuxièmement, parce que les primes et les participations aux coûts qui ne peuvent être encaissées qu'avec un très grand retard voire pas du tout ont pris des proportions telles en l'état actuel du droit qu'elles ne peuvent pas être absorbées sans causer de problèmes. L'al. 4 empêchera également en particulier les assurés dont les prestations sont suspendues de changer d'assureur au moment opportun, et de se faire ainsi payer des prestations avant d'avoir réglé leurs arriérés, contrairement aux assurés en demeure qui n'auront pas changé d'assureur. Le but de cette disposition est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés ».

Cette disposition a été reprise lors d'une modification ultérieure, du 19 mars 2010, de la LAMal (RO 2011 3523 ss), proposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national dans un rapport du 28 août 2009 (FF 2009 5973 ss), avec l'explication suivante (FF 2009 5876): « Les assureurs sont responsables de l'encaissement des primes. Tant que l'assuré en demeure n'a pas payé intégralement les montants arriérés dus, il ne peut pas, sous réserve de

l'art. 7 al. 3 et 4, LAMal changer d'assureur. Cette disposition vise ainsi à éviter la multiplication de procédures onéreuses tant d'un point de vue administratif que financier pour les assureurs. Il n'est pas nécessaire que plusieurs assureurs doivent engager une procédure contre un même assuré. Cela facilite ainsi la procédure de poursuite de l'assureur concerné. Par ailleurs, si le changement d'assureur était autorisé pour les assurés en retard de paiement, le moment de la délivrance de l'acte de défaut de biens, et partant du paiement des primes par le canton, serait retardé d'autant. Ce n'est souhaitable ni pour les assureurs ni pour les assurés. Il est donc justifié de reprendre à l'art. 64a révisé cette disposition légèrement modifiée qui est réglée dans l'actuel art. 64a al. 4 ».

4. En l'espèce, il n'est pas contestable que la recourante était en retard de paiement de primes ainsi que d'intérêts moratoires et de frais de poursuite lorsque, le 15 novembre 2016, elle a résilié son assurance obligatoire des soins la liant à l'intimée pour le 31 décembre 2016, et qu'elle l'est restée bien au-delà de cette date-ci. Cette dernière lui avait notifié quelques semaines plus tôt une décision sur opposition levant son opposition au commandement de payer n° 1_____ pour le montant de CHF 1'436.60 (correspondant aux primes impayées des mois de septembre et octobre 2014, décembre 2014, janvier 2015 et mars à juillet 2015), avec intérêts à 5 % dès le 22 février 2015, plus CHF 200.- de frais de rappel, CHF 60.- de frais d'intervention et CHF 120.- de frais pour paiement échelonné. Peu importe qu'elle contestait la prétention de l'intimée, au demeurant que partiellement puisqu'elle admettait l'arriéré de primes précité de CHF 1'436.60 (sans pour autant s'en acquitter), et ladite décision sur opposition est devenue par la suite définitive, le recours interjeté contre elle ayant été déclaré irrecevable.

L'intimée avait au surplus adressé à la recourante, de façon non prématurée, les rappels et sommations prévues par la loi (art. 64 al. 1 LAMal) avant d'engager des poursuites à son encontre (art. 64a al. 2 LAMal ; cf. aussi art. 105a ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal - RS 832.102). La recourante se trouvait donc bien en retard de paiement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.2 ; 9C_653/2015 du 7 juillet 2016 consid. 4.2 ; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3^{ème} éd. 2016, p. 457, n° 168).

Dans ces conditions, au vu de l'art. 64a al. 6 phr. 1 LAMal, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que la recourante ne pouvait changer d'assureur tant qu'elle ne s'était pas acquittée de toutes ses obligations financières. Rien n'empêchait par ailleurs la recourante de s'acquitter – sous réserve de l'issue de la procédure qu'elle avait initiée – des sommes réclamées si elle entendait changer d'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.2).

5. La recourante ne pouvait non plus se prévaloir d'une des exceptions que l'art. 64a al. 6 phr. 2 LAMal réserve.

En particulier, elle n'était pas dans la situation de devoir changer d'assureur parce qu'elle aurait changé de résidence ou d'emploi, et ce quand bien même elle avait – indique-t-elle – perdu son emploi.

Quant à l'intimée, elle n'avait pas cessé de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

6. a. Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 p. 170 ; 128 II 112 consid. 10b/aa ; 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions irréversibles ou auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6. 1 et les références citées).

b. En l'espèce, si l'intimée a donné l'apparence, par son courrier du 28 novembre 2016, d'avoir accepté la résiliation de l'assurance obligatoire des soins de la recourante, celle-ci ne s'est à aucun instant trouvée dans la situation de pouvoir s'en prévaloir au bénéfice du principe de la bonne foi, car simultanément l'intimée lui avait fait part, par un lettre-type du même jour, que sa résiliation ne pourrait être enregistrée que si une attestation d'assurance du nouvel assureur-maladie lui parvenait et ne deviendrait effective que s'il ne subsistait aucun arriéré de paiement au moment où le contrat prenait fin. Or, la recourante n'ignorait pas qu'elle ne remplissait pas cette condition-ci, et l'intimée n'a pas tardé à lui faire savoir à nouveau, par un courrier du 17 janvier 2017, que sa résiliation n'était effectivement pas valable en raison de ses factures encore ouvertes, sans que ne soit établi ni que puisse être retenu que la recourante se serait fiée à une assurance donnée (fût-elle erronée) pour prendre des dispositions irréversibles. Le nouvel assureur-maladie qu'elle avait contacté ne pouvait de son côté l'accepter sans l'accord de l'intimée dès lors qu'elle était en retard de paiement de primes ainsi que d'intérêts moratoires et de frais de poursuite.

7. Le recours est mal fondé. Il doit être rejeté.
8. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), et, vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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