

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1042/2006

ATAS/265/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 6 mars 2007

En la cause

Monsieur F _____, domicilié c/o M. B _____, à GENEVE, recourant
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ZWAHLEN
Guy

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Suisse intimées
romande, sise case postale à Lausanne

PHILOS CAISSE MALADIE ACCIDENTS, sise Riand-Bosson à
TOLOCHENAZ

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur F _____ et sa famille étaient affiliés depuis janvier 2000 auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA).
2. Le 27 novembre 2002, l'assuré a informé HELSANA qu'il entendait résilier sa police ainsi que celle de son épouse et de ses deux enfants avec effet au 31 décembre 2002 et opter pour une autre caisse-maladie PHILOS CAISSE MALADIE ACCIDENTS (ci-après PHILOS).
3. Par courrier du 27 novembre 2003 adressé à HELSANA, l'assuré s'est étonné de recevoir encore des factures de primes, alors qu'une année s'était déjà écoulée depuis qu'il avait résilié son contrat d'assurance.
4. HELSANA ayant contesté avoir reçu la lettre de résiliation, plusieurs échanges d'écritures ont été nécessaires avant que le changement d'assurance soit admis début 2005, à compter du 1^{er} janvier 2004. Il résulte des pièces figurant au dossier que PHILOS n'a appris l'existence de la double affiliation que lorsqu'elle a reçu le 6 janvier 2005 un courrier de HELSANA, celle-ci attestant qu'elle avait continué à affilier l'assuré jusqu'au 31 décembre 2003.
5. HELSANA a réclamé à l'assuré le paiement des primes 2001, 2002 et 2003, et dans le cadre de poursuites, obtenu des saisies de biens le 26 août 2003.
6. Le 15 février 2006, l'assuré, représenté par Maître Guy ZWAHLEN, a sollicité d'HELSANA un décompte précis des créances encore dues par lui-même ainsi que sa famille.
7. PHILOS a également agi par voie de poursuites contre l'assuré, son premier commandement de payer datant du 12 août 2003 et portant sur les primes mars-avril 2003, et a de même obtenu des saisies de biens en décembre 2003.
8. Par courrier du 16 février 2006, l'assuré s'étonne auprès de PHILOS que des primes aient été facturées depuis le 1^{er} janvier 2003 alors qu'il n'est affilié auprès d'elle que depuis le 1^{er} janvier 2004 et prie dès lors celle-ci de le rembourser, le cas échéant, de déduire des arriérés correspondant aux primes 2004 et 2005 les montants indus payés pour 2003. Il sollicite par ailleurs un nouveau décompte précis des créances encore dues à ce jour.
9. Par décision du 27 septembre 2005, HELSANA, se référant à l'art. 90 al. 4 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et compte tenu du fait que des primes étaient restées impayées, a suspendu la prise en charge des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

10. L'assuré a formé opposition le 14 octobre 2005. Il conclut à l'annulation de la décision en particulier pour défaut de motivation, dès lors qu'elle n'indique pas la période de primes impayées ni les montants prétendument dus, intérêts et frais compris. Il sollicite à cet égard un entretien pour faire le point de la situation.
11. Par décision du 15 février 2006, HELSANA a rejeté l'opposition.
12. Le 20 mars 2006, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition à lui notifiée par HELSANA le 15 février 2006, ainsi que pour déni de justice contre HELSANA et PHILOS.
13. S'agissant de la décision sur opposition, il reproche à HELSANA le défaut de motivation, rappelant qu'aucun décompte de ce qui a été payé, en particulier via les saisies, n'a été produit. Il allègue au surplus que la décision litigieuse est sans objet dès lors que la suspension porte sur une période durant laquelle il n'est plus affilié auprès d'HELSANA.

S'agissant du déni de justice, il allègue qu'il n'a jamais reçu ni de PHILOS ni d'HELSANA le moindre décompte précis et ce malgré de nombreuses demandes.

14. Dans son mémoire de réponse du 3 mai 2006, PHILOS conclut au rejet pur et simple du recours, le déni de justice n'étant pas réalisé. Elle rappelle à cet égard qu'elle a adressé à l'assuré un décompte des primes facturées et payées pour les années 2003, 2004 et 2005 le 14 décembre 2005 déjà et qu'elle a radié un certain nombre de poursuites bien avant que l'assuré en fasse la demande.
15. Dans sa réponse du 4 mai 2006, HELSANA déclare qu'en juin 2005, elle avait établi un décompte global qui se terminait alors par une dette de 6'394 fr. 75, puis un second décompte en décembre 2005. Elle a néanmoins transcrit un état des montants au contentieux, qu'elle joint à son courrier. Quant à la suspension du droit aux prestations LAMal, elle relève que le montant restant dû correspond à un retrait de médicaments en pharmacies courant 2003, retrait qui a été directement effectué sur son compte et non sur celui de PHILOS.
16. Par courrier du 9 juin 2006, l'assuré prend acte qu'après plusieurs années HELSANA présente enfin un décompte exact et précis de ce qui est dû et de ce qui a été payé et sollicite un délai afin de vérifier les chiffres y figurant.

Il allègue que le décompte du 14 décembre 2005 dont a fait état PHILOS n'est pas utilisable, car il est impossible de déterminer à quoi les prétendues créances correspondent. De plus il relève que dans ce décompte figurent encore des poursuites pour des primes de l'année 2003.

17. Les parties ont été entendues le 7 novembre 2006.

L'assuré a déclaré qu'il avait pris connaissance du décompte produit par HELSANA dans sa réponse au recours du 4 mai 2006, mais souhaiterait encore vérifier si des montants versés directement à l'Office des poursuites (ci-après OF) avaient bien été repris par HELSANA.

Un délai d'une semaine a alors été accordé à HELSANA pour fournir une liste des montants reçus directement de l'OF avec les dates correspondantes et un délai de quinze jours à l'assuré pour vérifier cette liste, le Tribunal de céans devant être informé du suivi au plus tard le 28 novembre 2006.

Le représentant de PHILOS, Monsieur M_____, a attiré l'attention du Tribunal de céans sur le fait que dans le décompte du 14 décembre 2005, contrairement aux allégations de l'assuré, figurent expressément les périodes auxquelles se rapportent les primes dues, et souligne que celles de 2003 ont été dument créditées.

Les parties, soit PHILOS et l'assuré, ont dès lors été invitées à examiner séparément puis ensemble le cas échéant, le décompte du 14 décembre 2005, et informer le Tribunal de céans de leurs conclusions au plus tard le 28 novembre 2006. L'assuré a encore indiqué qu'il contestait devoir les frais de poursuite relatifs aux primes 2003.

18. Renseignements pris auprès de PHILOS, le montant de ces frais s'élèvent à 635 fr.
19. Le 9 novembre 2006, HELSANA a fait parvenir à l'assuré un relevé des paiements reçus de l'OP dans le cadre des différentes poursuites introduites contre lui.
20. Le 9 décembre 2006, PHILOS a informé le Tribunal de céans que ni le débiteur ni son mandataire ne l'avaient contactée dans le délai imparti en vue d'obtenir plus d'informations que celles déjà en leur possession.
21. Ce courrier a été transmis à l'assuré et un délai au 3 janvier 2007 lui a été accordé pour se déterminer.

Ce délai a été prolongé au 15 janvier 2007.

21. L'assuré ne s'étant pas manifesté, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février,

une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).
4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours interjeté contre la décision sur opposition à l'assuré notifiée par HELSANA le 14 octobre 2005 est recevable (art. 60 LPGA).
5. Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Dans ce cas, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (ATFA non publié du 23 octobre 2003 en les causes I 328/03 et K 55/03).

L'art 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable; le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la

cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2a). Sur ce point, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGa n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (ATFA non publié du 4 juin 2004 en la cause K109/03).

6. En l'espèce, l'assuré a recouru pour déni de justice, reprochant aux deux intimées de ne lui avoir adressé aucun décompte précis quant aux primes d'assurance dues et aux versements effectués. Il y a cependant lieu de constater que celles-ci ont à présent produit les décomptes demandés. Les recours pour déni de justice sont ainsi devenus sans objet. Il résulte quoi qu'il en soit de l'audience tenue le 7 novembre 2006 que le litige se limite dorénavant à la question de savoir si les chiffres figurant dans les décomptes produits par les deux intimées correspondent bien aux montants des primes dues et aux versements effectués, y compris ceux via l'OP.
7. HELSANA a transmis un nouveau décompte dans son mémoire-réponse du 4 mai 2006 et a communiqué, dans le délai qui lui avait été imparti par le Tribunal, un relevé des montants reçus de l'OP.

PHILOS a produit le décompte qu'elle avait établi le 14 décembre 2005.

Force est de constater que l'assuré n'a pris contact avec aucune des deux intimées et ne s'est pas non plus manifesté auprès du Tribunal. Il y a dès lors lieu de considérer que les chiffres communiqués par les intimées ont été admis.

8. Reste la question des frais de poursuites relatifs aux primes 2003 dont le paiement est réclamé par PHILOS, au motif qu'elle a été contrainte d'adresser à l'assuré plusieurs rappels et d'agir contre lui par voie de poursuite avant que la question de la double affiliation ne soit enfin réglée.

Il y a à cet égard lieu de rappeler que l'assuré n'a été affilié auprès de PHILOS que depuis le 1^{er} janvier 2004, et que, partant, les primes 2003 n'étaient pas dues à cette caisse-maladie.

Sous l'empire de la LAMal et suivant la jurisprudence relative à l'art. 12 al. 2 let. b OAMal, un assureur-maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais (qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter) soient imputables à une faute de l'intéressé. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés. Cette pratique vaut également depuis l'entrée en vigueur de la LPGa (ATFA non publié du 5 juillet 2004, K 21/04, consid.3; RAMA 2004 KV 306 p. 463; ATF 125 V 276 consid. 2c). De plus, les frais de poursuite incombent également dans ce

cas au débiteur (art. 68 LP; consid. 2b de l'arrêt ATF 125 précité, publié dans la RAMA 1999 n° K 88 p. 442). L'art. 90 al. 5 OAMal, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2006, consacre d'ailleurs cette pratique bien qu'il ne soit pas applicable dans le présent cas puisque les sommations et poursuites de l'intimée ont eu lieu, à une exception près, en 2004 et en 2005.

De plus l'art. 68 al. 1 LP prescrit que les frais de poursuites sont à la charge du débiteur.

Dans un arrêt paru in ATF 125 V 276, le TFA a considéré que des frais supplémentaires causés par un retard lors du versement des primes doivent être pris en charge par l'assuré s'ils sont imputables à une faute de celui-ci.

Le Tribunal de céans constate qu'en l'espèce, PHILOS a dirigé sa première poursuite contre l'assuré en août 2003, qu'à ce moment-là, elle ignorait l'existence d'une double affiliation, ne l'apprenant selon toute vraisemblance que le 6 janvier 2005, à la réception d'une attestation établie par HELSANA confirmant que l'assuré était encore affilié chez elle jusqu'au 31 décembre 2003. Elle était ainsi parfaitement en droit, en 2003, de réclamer à l'assuré le paiement des primes 2003. Il y a également lieu de s'étonner de ce que l'assuré ne se soit pas acquitté auprès de PHILOS des primes 2003 depuis mars, alors qu'il avait entendu résilier son contrat d'assurance avec HELSANA dès le 1^{er} janvier 2003. Force dès lors est d'en conclure qu'il a en réalité provoqué les frais de poursuite relatifs aux primes 2003. Ceux-ci doivent en conséquence être mis à sa charge.

9. Aussi le recours est-il rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Constate que les recours pour déni de justice sont devenus sans objet.
4. 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); 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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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