

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1501/2015

ATAS/865/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 novembre 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX

recourante

contre

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, Droit & Compliance, sise
Tribtschenstrasse 21, LUZERN

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1987, était affiliée auprès de CONCORDIA pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle a résilié son assurance avec effet au 31 décembre 2013.
2. Le 29 octobre 2013, l'intéressée a signé une proposition d'assurance auprès de la CSS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après la CSS) pour l'année 2014, que celle-ci a reçue le 1^{er} novembre 2013.
3. Par courrier du 14 novembre 2013, la CSS a adressé à CONCORDIA une confirmation d'affiliation dès le 1^{er} janvier 2014.

Elle a par ailleurs établi un décompte de prime le 14 décembre 2013, réclamant à l'intéressée le paiement de la somme de CHF 244.65, représentant la prime de janvier 2014.

4. Le 20 décembre 2013, l'intéressée a signé une proposition d'assurance auprès d'ASSURA.
5. Par courriel du 27 décembre 2013, l'intéressée a prié la CSS de lui confirmer que la prime de janvier 2014 n'était pas due.
6. La CSS a alors, par courrier du 10 janvier 2014, requis la production de l'attestation d'assurance de CONCORDIA.
7. La CSS a expédié de nouveaux décomptes les 11 janvier et 11 février 2014, portant respectivement sur les primes de février et mars 2014. Elle a adressé un rappel à l'intéressée le 22 février 2014 pour la prime de janvier 2014.
8. Par courriel du 24 février 2014, l'intéressée a transmis à la CSS l'attestation d'ASSURA.
9. Le 25 février 2014, la CSS a à nouveau sollicité l'attestation d'assurance de CONCORDIA, expliquant qu'elle ne pouvait pas utiliser le document d'ASSURA pour procéder à l'annulation de l'assurance.
10. Par courriel du 28 février 2014, l'intéressée a précisé qu'elle était désormais assurée chez ASSURA, et rappelé que l'annulation de son assurance auprès de la CSS lui avait été confirmée par téléphone.

11. Par courriel du même jour, la CSS a indiqué que :

« Je vous confirme que ma collègue vous a confirmé l'annulation de votre assurance car vous lui avez dit que vous restiez auprès de votre ancien assureur CONCORDIA. Vu que ce n'est pas votre cas, malheureusement nous ne pouvons pas accepter votre demande d'annulation au 1^{er} janvier 2014. La date de votre signature du contrat auprès de la CSS Assurance étant antérieure à celle d'ASSURA, donc votre affiliation auprès de l'ASSURA doit être annulée au 1^{er} janvier 2014. Votre affiliation est maintenue auprès de la CSS depuis le 1^{er} janvier 2014. »

La CSS a par ailleurs attesté à ASSURA qu'elle assurait l'intéressée dès le 1^{er} janvier 2014 pour l'assurance obligatoire des soins, et que la proposition d'assurance avait été signée le 29 octobre 2013.

12. Par courrier du 5 mars 2014, la CSS a confirmé qu'elle ne pouvait pas annuler l'assurance obligatoire des soins au 1^{er} janvier 2014, la date de la signature du contrat auprès de la CSS étant antérieure à celle d'ASSURA.
13. Le 17 mars 2014, la CSS a transmis à ASSURA une « confirmation d'assurance obligatoire des soins » valable dès le 1^{er} janvier 2014.
14. Des rappels et sommations ont été notifiés à l'intéressée pour les primes de janvier à mars 2014, ainsi qu'un commandement de payer n° 1_____ le 27 août 2014 pour le montant de CHF 773.95, plus CHF 100.- de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires dès le 1^{er} mars 2014. Celui-ci a été frappé d'opposition le 4 septembre 2014.

Il en a été de même pour les primes portant sur les mois d'avril à juin 2014. Le commandement de payer y relatif daté du 5 décembre 2014, porte le n° de poursuite 2_____ et a également été frappé d'opposition, le 17 décembre 2014.

15. Par décision du 22 octobre 2014, la CSS a levé l'opposition au commandement de payer n° 1_____.

L'intéressée a formé opposition le 20 novembre 2014 à ladite décision, répétant qu'elle était assurée auprès d'ASSURA. Elle allègue que :

« l'affiliation que j'avais faite à la CSS a été confirmée comme annulée et il n'est juridiquement pas possible que la CSS revienne sur cette confirmation et me réaffilie sans ma signature. De plus j'étais incapable de discernement quant à la décision de m'affilier à la CSS au moment de signer l'affiliation (octobre) suite à ma commotion cérébrale et mon entorse cervicale. Cette affiliation n'aurait ainsi jamais dû rentrer en ligne de compte ».

16. Le 9 décembre 2014, la CSS a pris note de sa volonté de résilier le contrat d'assurance et a attiré son attention sur le fait que l'assuré qui n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérés, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite à l'échéance du délai de résiliation ne peut pas changer d'assureur avant le prochain terme légal possible. Elle a par ailleurs indiqué que l'assureur ne pouvait pas mettre fin à l'assurance obligatoire des soins avant d'avoir reçu l'attestation d'assurance du nouvel assureur maladie.
17. Le 9 février 2015, l'intéressée a produit un certificat établi par le docteur B_____ (FMH médecine interne) le 23 mai 2014 et aux termes duquel l'intéressée « n'a pas pu travailler de manière continue suite à l'accident du 15 juin 2013 dû à des cervicalgies ». Elle a également transmis à la CSS un témoignage écrit de Monsieur C_____, son compagnon.

18. Par décision du 12 février 2015, la CSS a levé l'opposition au commandement de payer poursuite n° 2_____.

L'intéressée a formé opposition le 26 février 2015 à ladite décision. Elle reprend les arguments déjà développés dans son opposition du 20 novembre 2014.

19. Sur demande de la CSS, l'intéressée a encore produit un nouveau certificat du Dr B_____, daté du 23 février 2015, indiquant qu'elle avait été « victime d'un accident de la circulation en date du 14 juin 2013. Elle a présenté dans les suites de cet accident d'importantes douleurs cervicales, troubles du sommeil, ainsi qu'un épuisement certain. Cet état l'a empêchée de fournir un travail adéquat durant les mois qui ont suivi, celle-ci a même été au bénéfice d'un arrêt de travail de longue durée pour cette raison ».
20. Par décision du 24 mars 2015, la CSS a rejeté l'opposition s'agissant du montant de CHF 733.95 représentant les primes d'assurance maladie de janvier à mars 2014 plus CHF 100.- de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires dès le 1^{er} mars 2014 (poursuite n° 1_____).
21. Par décision du 7 avril 2015, la CSS a rejeté l'opposition s'agissant du montant de CHF 733,95 pour les primes d'assurance maladie d'avril à juin 2014 auxquelles s'ajoutent CHF 100.- de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires dès le 31 mai 2014 (poursuite n° 2_____).

22. L'intéressée a interjeté recours le 5 mai 2015 contre les décisions sur opposition.

Elle rappelle que le contrat a été annulé le 28 novembre 2013 lors d'un entretien téléphonique avec une collaboratrice de la CSS. Elle ajoute que, souffrant de lésions cervicales, elle avait été incapable de penser qu'il lui fallait demander une confirmation par écrit. Elle considère ainsi que la CSS ne peut pas la réaffilier unilatéralement. Elle souligne enfin qu'elle a payé toutes ses primes à ASSURA et que celle-ci ne les a pas refusées.

Elle relève que selon la CSS, celle-ci ne serait pas revenue sur l'annulation si elle avait conclu un contrat chez CONCORDIA au lieu d'ASSURA. Elle considère ainsi qu'il est arbitraire et abusif d'accorder l'annulation seulement dans ce cas.

Elle conteste le montant dont le paiement lui est réclamé, lequel ne tient pas compte du subside versé par le Service d'assurance-maladie, des primes déjà versées à ASSURA, et du remboursement des primes d'assurance-maladie qui a eu lieu en 2014 dans toute la Suisse.

Elle fait valoir qu'au moment de signer le contrat avec la CSS, elle était incapable de discernement, alléguant à cet égard que si elle « avait eu la pleine capacité de ses fonctions mentales, sa formation de juriste l'aurait alertée sur le mobbing dont elle était victime au travail et aurait notamment pu réfléchir et se renseigner avant de signer un contrat avec la CSS un partenaire. Sa confiance a été abusée grâce à son état de faiblesse ».

Elle invoque l'article 2 al. 2 CC, au motif qu'elle n'avait aucune possibilité de régler le litige avant la fin de l'année, qu'elle n'avait aucune possibilité de s'acquitter du montant des primes auprès de la CSS avant la fin de l'année, vu sa situation financière et le paiement des primes à ASSURA.

Il est enfin abusif de la part de la CSS de multiplier les frais alors que c'est l'assureur « qui a le règlement du litige entre ses mains » et que « la vitesse de celui-ci est indépendante de la volonté de *l'intéressée* ».

Elle conclut dès lors à ce que la résiliation du contrat intervenue le 28 novembre 2013 soit confirmée, le cas échéant que la situation soit rétablie à la CONCORDIA, et que les frais administratifs et de poursuites soient supprimés. Elle demande à ne plus recevoir ni courrier ni facture de la CSS pour l'année 2015.

23. Le recours contre la décision sur opposition du 24 mars 2015 a été enregistré sous le n° de cause A/1501/2015 et celui contre la décision sur opposition du 7 avril 2015 sous le n° de cause A/1502/2015.

24. Dans sa réponse du 4 juin 2015, la CSS a conclu au rejet du recours.

Elle requiert par ailleurs la production de la proposition d'assurance signée auprès d'ASSURA.

25. La chambre de céans a ordonné le 12 juin 2015 la jonction des causes A/1501/2015 et A/1502/2015 sous le n° A/1501/2015.

26. Dans sa réplique du 5 juillet 2015, l'intéressée a persisté dans ses conclusions. Elle a joint à son courrier la confirmation d'assurance auprès d'ASSURA et relève que celle-ci date du 20 décembre 2013, soit après que la CSS lui ait confirmé, par téléphone, que son affiliation était annulée.

27. Dans sa duplique du 28 juillet 2015, la CSS s'est déterminée comme suit :

« La conclusion de l'assurance de base auprès d'ASSURA a eu lieu le 20 décembre 2013, soit après la conclusion auprès de la CSS le 29 octobre 2013. Dès lors, force est de constater que la première conclusion fait foi, à savoir celle auprès de la CSS. En outre, en date du 14 décembre 2014, le décompte de primes pour le mois de janvier 2014 a été adressé à la recourante, décompte que nous joignons à la présente. La recourante n'était dès lors pas sans ignorer qu'elle était assurée auprès de la CSS, puisque les primes lui étaient facturées.

La recourante s'obstine à croire que si elle avait conclu une nouvelle proposition auprès de CONCORDIA, la situation serait la même. Or, tel n'est pas le cas. En effet, la recourante a voulu révoquer sa proposition d'assurance le 28 novembre 2013, alors que la CSS avait adressé le 14 novembre 2013 à l'ancien assureur de la recourante, la CONCORDIA, l'attestation d'assurance. Partant, une révocation n'était pas possible au sens de la jurisprudence ».

La CSS a confirmé ses conclusions.

28. Renseignements pris auprès du service de l'assurance-maladie (SAM), il appert que l'intéressée a droit aux subsides d'assurance-maladie pour l'année 2014.
29. Le courrier du SAM a été transmis aux parties et la cause 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.
4. Interjetés en temps utile devant le tribunal compétent, les recours sont recevables (art. 56, 58 et 60 LPGA).
5. En l'espèce, l'objet du litige porte sur la question de savoir si l'assureur était en droit de prononcer la mainlevée des oppositions formées par l'intéressée aux commandements de payer qui lui ont été notifiés. Il s'agit, préalablement, de déterminer si l'intéressée est affiliée à la CSS ou non depuis le 1^{er} janvier 2014.
6. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'art. 3 al. 1 LAMal pose ainsi le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 129 V 77 consid. 4; 126 V 265 consid. 3b).
7. Aux termes de l'art. 7 LAMal,

«¹ L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

² 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. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur.

³ Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur.

⁴ L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 13, lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁵ L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

⁶ Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime.

⁷ Lorsque l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur ne peut le contraindre à résilier également les assurances complémentaires au sens de l'art. 12 conclues auprès de lui.

⁸ L'assureur ne peut pas résilier les assurances complémentaires au sens de l'art. 12 au seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie sociale ».

L'art. 7 LAMal règle les conditions auxquelles un assuré peut changer d'assureur. Par sa nature et ses effets, la possibilité de changer d'assureur prévue à l'art. 7 LAMal s'apparente à une résiliation. La jurisprudence distingue la résiliation ordinaire, intervenant dans les trois mois précédant la fin d'un semestre d'année civile (art. 7 al. 1 LAMal), de la résiliation extraordinaire, qui peut intervenir dans des délais plus courts (ATF 126 V 480 consid. 2c; 124 V 333 consid. 2a et 2b).

En dérogation à l'art. 7 LAMal, qui fixe les conditions de résiliation, l'art. 64a al. 6 LAMal limite le droit de l'assuré de changer d'assurance lorsqu'il est en retard de payer intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. En d'autres termes, tant qu'un assuré n'est pas à jour avec ses paiements à l'égard de son assurance-maladie, il ne peut changer d'assureur.

Enfin, en toute hypothèse, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption d'assurance (art. 7 al. 5 LaMal).

8. 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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (art. 105b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie,

du 27 juin 1995 - OAMal ; RS 832.102), en vigueur depuis le 1^{er} août 2007). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (voir ATF 131 V 147).

9. Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

Selon l'art. 105b OAMal, en vigueur depuis le 1er août 2007, les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2).

Les délais prévus dans les dispositions qui précèdent sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64a al. 2 LAMal ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64a al. 4 LAMal). A l'instar de l'ancien art. 90 al. 4, l'art. 105b al. 1 et 2 OAMal vise en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant

d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_397/2008 du 29 septembre 2008 ; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd. 2007, p. 747, n. 1028).

10. Conformément à l'art. 105a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. Au surplus, l'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 (ATF 125 V 276).
11. En l'espèce, il est constant que l'intéressée, domiciliée en Suisse, est soumise à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal.
12. Elle était affiliée auprès de CONCORDIA pour l'assurance obligatoire des soins. Elle a résilié cette assurance avec effet au 31 décembre 2013.

Le 29 octobre 2013, elle a signé une proposition d'assurance auprès de la CSS. Elle allègue toutefois que par téléphone du 28 novembre 2013, elle a fait part à la CSS de son intention d'annuler son assurance, ce dont une collaboratrice de la CSS a pris note. Elle précise à cet égard qu'elle n'a alors pas pensé à faire cette démarche par écrit. Le 20 décembre 2013, elle a signé une proposition d'assurance auprès d'ASSURA.

Selon la CSS, la collaboratrice a compris lors de ce téléphone que l'intéressée voulait finalement maintenir son assurance de base chez CONCORDIA. Elle lui a alors effectivement confirmé que dans ces conditions, elle annulerait l'affiliation à la CSS. La CSS considère par ailleurs que l'affiliation auprès d'ASSURA à compter du 1^{er} janvier 2014 ne peut être qu'annulée, étant postérieure à celle déposée auprès de la CSS.

13. La couverture d'assurance débute par une demande d'affiliation auprès d'un assureur au sens de la LAMal. La demande d'affiliation est un acte administratif soumis à réception, qui lie l'administré à partir de la réception de la demande par l'assureur (Ulrich MEYER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Sozial Sicherheit, 2ème édition, p. 407, n° 20).

La CSS a reçu la demande d'affiliation de l'intéressée le 1^{er} novembre 2013. Elle en a dûment informé CONCORDIA le 14 novembre 2013, en sa qualité de nouvel assureur et conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, de sorte que le changement d'assurance était conforme à l'art. 7 LAMal. Il est difficile de déterminer ce qui s'est précisément dit lors de cet entretien téléphonique du 28 novembre 2013, vu les déclarations contradictoires des parties. Selon la CSS en effet, l'intéressée aurait expliqué qu'elle souhaitait finalement maintenir son assurance auprès de CONCORDIA. Selon l'intéressée, l'annulation auprès de la CSS a été purement et simplement admise. Il y a toutefois lieu de constater que le 10 janvier 2014, la CSS, comprenant que l'intéressée entendait résilier son assurance auprès d'elle et retourner auprès de CONCORDIA, a demandé la production d'une attestation à

cette dernière sur la base de l'art. 7 al. 5 LAMal. Or, l'intéressée lui a transmis le 24 février 2014 une attestation d'ASSURA.

Il y a lieu de rappeler que lorsque l'intéressée a informé la CSS le 28 novembre 2013 de son intention de résilier son contrat, celle-ci avait déjà communiqué à CONCORDIA, l'ancien assureur, l'attestation d'assurance, de sorte qu'une révocation ne pouvait plus sans autre intervenir (ATF 9C_930/2010).

Dans la mesure où la loi sur l'assurance-maladie (art. 7 LAMal) exclut qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance, l'affiliation au premier assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (ATF 128 V 269 consid. 3b ; arrêt K 155/0 4 ; voir également Ariane Ayer/Béatrice Despland, Loi fédérale sur l'assurance-maladie, édition annotée, Genève 2004, p. 59 avec un renvoi à un jugement du Tribunal des assurances du canton de Thurgovie publié dans TVR 1999 p.165).

En l'occurrence, l'intéressée a communiqué à la CSS une attestation d'ASSURA le 24 février 2014, valable dès le 1^{er} janvier 2014. On se trouve dès lors face à une double affiliation, étant rappelé que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur peut seulement débiter lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448).

En présence d'une double affiliation, l'affiliation qui a été réceptionnée en premier lieu est valable (Ulrich MEYER, op. cit., p. 408, n° 22). C'est ainsi l'affiliation auprès de la CSS qui est maintenue.

L'intéressée ne pouvait pas ignorer qu'elle était assurée auprès de la CSS, puisque le décompte de primes pour janvier 2014 lui a été adressé par la CSS le 14 décembre 2013. Ce n'est qu'après avoir signé la proposition d'assurance auprès d'ASSURA le 20 décembre 2013, qu'elle s'est inquiétée du paiement de la prime de janvier 2014 auprès de la CSS.

14. L'intéressée allègue avoir été incapable de discernement, lorsqu'elle a signé le contrat avec la CSS, et produit des rapports médicaux à cet égard.
15. Est capable de discernement au sens du droit civil celui qui a la faculté d'agir raisonnablement (art. 16 CC). Cette disposition comporte deux éléments, un élément intellectuel, la capacité d'apprécier le sens, l'opportunité et les effets d'un acte déterminé, et un élément volitif ou caractériel, la faculté d'agir en fonction de cette compréhension raisonnable, selon sa libre volonté (ATF 134 II 235 consid. 4.3.2 p. 239; 124 III 5 consid. 1a p. 8; 117 II 231 consid. 2a p. 232). La capacité de discernement est relative: elle ne doit pas être appréciée dans l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance, les facultés requises devant exister au moment de l'acte (ATF 134 II 235 consid. 4.3.2 p. 239; 118 Ia 236 consid. 2b in fine p. 238). Les corollaires de la relativité sont les suivants: les aptitudes requises diffèrent selon la nature et l'importance de l'acte en cause (ATF 117 II 231 consid. 2a). Ainsi, une même

personne peut avoir la faculté d'agir raisonnablement pour certains actes et pas pour d'autres (WERRO/SCHMIDLIN, Commentaire romand, CC I, ad art. 16, n. 52). Les facultés doivent également exister au moment de l'acte considéré (ATF 117 II 231 consid. 2a; ATF 108 V 121 consid. 4b). Même si l'incapacité existait avant ou après le moment en question, il faudra en déduire l'état mental de la personne au moment déterminant (ATF 117 II 231 consid. 2a).

Une personne n'est privée de discernement que si sa faculté d'agir raisonnablement est altérée, en partie du moins, par l'une des causes énumérées à l'art. 16 CC, dont la maladie mentale, la faiblesse d'esprit ou une autre altération, semblable, de la pensée, à savoir des états anormaux suffisamment graves pour avoir, dans le cas particulier et le secteur d'activité en cause, effectivement altéré la faculté d'agir raisonnablement. L'altération de la faculté d'agir raisonnablement doit reposer sur une des causes mentionnées de manière exhaustive à l'art. 16 CC (WERRO/SCHMIDLIN, Commentaire romand, CC I, ad art. 16, n. 23). Par maladie mentale, il faut entendre des troubles psychiques durables et caractérisés, ayant sur le comportement extérieur du sujet des conséquences évidentes, qualitativement et profondément déconcertantes pour un profane averti (ATF 117 II 231 consid. 2a in fine p. 233/234; 85 II 452 consid. 3a p. 460; 62 II 263 p. 264). La faiblesse d'esprit décrit un développement insuffisant de l'intelligence et de la force de jugement, dont résulteraient un manque de compréhension important - en particulier par rapport à de nouvelles tâches et des situations de vie inhabituelles - ainsi qu'une propension élevée à être influencé (WERRO/SCHMIDLIN, op. cit., ad art. 16, n. 39).

La preuve de la capacité de discernement pouvant se révéler difficile à apporter, la pratique considère que celle-ci doit en principe être présumée, sur la base de l'expérience générale de la vie. Cette présomption n'existe toutefois que s'il n'y a pas de raison générale de mettre en doute la capacité de discernement de la personne concernée, ce qui est le cas des adultes qui ne sont pas atteints de maladie mentale ou de faiblesse d'esprit, à savoir des états anormaux suffisamment graves pour altérer effectivement la faculté d'agir raisonnablement en relation avec l'acte considéré. Pour ces derniers, la présomption est inversée et va dans le sens d'une incapacité de discernement (ATF 134 II 235 consid. 4.3.3 p. 240 et les références).

Les constatations relatives à l'état de santé mentale d'une personne, la nature et l'importance d'éventuels troubles de l'activité de l'esprit, le fait que la personne concernée pouvait se rendre compte des conséquences de ses actes et pouvait opposer sa propre volonté aux personnes cherchant à l'influencer relèvent de l'établissement des faits. En revanche, la conclusion que le juge en a tirée quant à l'application de l'une ou l'autre des deux règles dégagées par la jurisprudence relève du droit et le Tribunal fédéral la revoit librement (ATF 124 III 5 consid. 4; 117 II 231 consid. 2c).

16. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés

d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322, consid. 5a).

En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 59 *ad* art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322).

17. En l'espèce, l'intéressée a produit deux certificats établis par le Dr B_____ les 23 mai 2014 et 23 février 2015, selon lesquels elle « n'a pas pu travailler de manière continue suite à l'accident du 15 juin 2013 dû à des cervicalgies » et « a présenté dans les suites de cet accident d'importantes douleurs cervicales, troubles du sommeil, ainsi qu'un épuisement certain. Cet état l'a empêchée de fournir un travail adéquat durant les mois qui ont suivi, celle-ci a même été au bénéfice d'un arrêt de travail de longue durée pour cette raison ».

L'intéressée a également transmis à la CSS un témoignage écrit de son compagnon. Celui-ci atteste de ce qu'elle « était incapable de discerner la portée du contrat qu'elle a signé avec vous », précisant que

« jusqu'à la fin de l'année 2013, l'intéressée avait ses capacités mentales réduites au plus bas possible. Elle avait de conséquents oublis sur la vie quotidienne, elle ne mémorisait plus rien, cherchait ses mots et était incapable de faire un raisonnement. C'est comme si elle avait été physiquement présente mais mentalement absente. Elle était incapable de travailler et les interactions sociales n'étaient pas possible en dehors des personnes qui venaient lui rendre de courtes visites. Tout bruit était

insupportable pour elle. Il n'était pas possible qu'elle aère une pièce avec les bruits des travaux ou des enfants qui jouent ».

Même si la chambre de céans n'entend pas minimiser la gravité des atteintes de l'intéressée, force est de constater qu'un arrêt de travail, même à 100%, ne constitue pas en soi un motif valable de restitution de délai, à moins qu'il ne soit démontré que l'intéressée aurait été privée de toute capacité de discernement.

18. Il y a ainsi lieu d'apprécier la capacité de discernement de l'intéressée pour signer le 29 octobre 2013 une proposition d'assurance. Cette capacité aurait été altérée selon elle, en raison des suites d'un accident (commotion cérébrale et entorse cervicale) dont elle a été victime le 15 juin 2013. Elle n'aurait ainsi eu ni la capacité d'apprécier le sens, l'opportunité et les effets de la conclusion du contrat d'assurance, d'une part, ni la faculté d'agir en fonction de cette compréhension raisonnable, selon sa libre volonté, d'autre part.

Aucun des deux certificats du Dr B_____ ne fait cependant état de troubles psychiques qui auraient privé l'intéressée de sa capacité d'apprécier ce qu'elle faisait et de la faculté d'agir raisonnablement.

Le médecin fait certes état « d'importantes douleurs cervicales, troubles du sommeil, ainsi qu'un épuisement certain ». Ces troubles n'évoquent cependant pas l'existence d'une maladie mentale propre à faire douter de la capacité de discernement de l'intéressée en relation avec l'acte en cause (signature d'une proposition d'assurance).

Les explications de son compagnon ne suffisent pas non plus à mettre en doute sa capacité de discernement pour conclure un contrat d'assurance. Rien ne l'obligeait du reste à signer ce jour-là précisément une proposition d'assurance.

Il y a par ailleurs lieu de constater que le 28 novembre 2013, elle a téléphoné à la CSS dans le but d'annuler son contrat, et a signé une nouvelle proposition d'assurance le 20 décembre 2013, ce qui viendrait à démontrer qu'elle était parfaitement capable de comprendre sa situation à l'égard de ces institutions et, en fonction de cette compréhension, de décider ce qu'elle voulait faire, alors que selon son compagnon, elle avait « ses capacités mentales réduites » jusqu'à la fin de l'année.

Aussi y a-t-il lieu de conclure que l'intéressée était parfaitement capable de discernement lorsqu'elle a signé la proposition d'assurance, capacité de discernement au demeurant présumée.

19. Il résulte des pièces du dossier que l'intéressée ne s'est pas acquittée du montant des primes de janvier à juin 2014, malgré rappels et sommations. Par conséquent, l'assureur avait non seulement le droit, mais aussi le devoir de tout mettre en œuvre pour faire valoir ses prétentions par la voie de la poursuite.
20. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffit de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal, selon lequel lorsque l'assuré a causé par sa

faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, la CSS peut percevoir dans une mesure appropriée des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Tel est le cas en l'espèce. La perception d'un intérêt de 5% par année est quant à elle prévue à l'art. 26 al. 2 LPGA. Enfin, l'art. 68 al. 1 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP ; RS 281.1) prévoit expressément que les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier en fait l'avance.

21. Il sied de rappeler que selon les conditions d'assurance applicables, les primes doivent être payées à l'avance et sont échues le premier de chaque mois, et si la prime n'est pas payée, un rappel est adressé à l'assuré, puis des poursuites sont engagées.

Force est de constater que la CSS a agi conformément aux dispositions de la LPGA et de ses conditions d'assurance. Il y a par ailleurs lieu de rappeler qu'aucune transaction ne peut intervenir lorsqu'il s'agit du paiement de primes.

22. L'intéressée conteste le montant dont le paiement lui est réclamé, lequel ne tient pas compte du subside versé par le Service d'assurance-maladie, des primes déjà versées à ASSURA, et du remboursement des primes d'assurance-maladie qui a eu lieu en 2014 dans toute la Suisse.

Le SAM a confirmé à la chambre de céans le 9 novembre 2015 que l'intéressée avait droit aux subsides d'assurance-maladie pour l'année 2014, de sorte qu'il conviendra d'en tenir compte dans le calcul du montant dû par l'intéressée.

Le remboursement des primes dont le montant a été fixé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et n'intervenant que dans le courant de l'année 2015, ne peut en revanche être pris en considération dans le cadre du présent litige.

23. Dès lors que l'intéressée ne s'est pas acquittée des primes dues, la CSS est fondée à lui en réclamer le paiement, ainsi que des frais et intérêts moratoires par la voie de la poursuite, et à lever son opposition au commandement de payer, conformément aux dispositions légales et à la jurisprudence susmentionnées, sous déduction toutefois des subsides de l'assurance-maladie.
24. Aussi les recours sont-ils partiellement admis.

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

A la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les admet partiellement.
3. Confirme les décisions des 24 mars et 7 avril 2015, sous réserve de la prise en considération du subside auquel a droit l'intéressée pour l'année 2014.
4. Lève partiellement l'opposition aux commandements de payer, poursuite n^{os} 1 _____ et 2 _____, à concurrence respectivement de CHF 733.95, plus intérêts de 5% l'an d'intérêts moratoires dès le 1^{er} mars 2014 et frais administratifs de CHF 100.-, et de CHF 733.95, plus intérêts de 5% l'an d'intérêts moratoires dès le 31 mai 2014 et frais administratifs de CHF 100.-, le subside d'assurance-maladie 2014 devant être déduit.
5. Dit que les poursuites n^{os} 1 _____ et 2 _____ iront leur voie, sous déduction du subside d'assurance-maladie 2014.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

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