RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1685/2004 **ATAS/504/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 1er juin 2005

En la cause

Madame K_____, à GENEVE recourante

contre

VISANA CAISSE MALADIE, Weltpoststrasse 19, 3000 BERNE 15 intimée

Siégeant : Mme Maya CRAMER , Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Karine STECK, juges.

EN FAIT

1. Madame K_____ était assurée en 1998 pour l'assurance-maladie obligatoire auprès de la caisse-maladie VISANA (ci-après la caisse).

2. Le 20 novembre 1998, la caisse lui a notifié, sous pli recommandé, une sommation de payer les primes arriérées pour l'année 1998, en lui fixant un dernier délai de 14 jours et en l'avisant qu'elle procéderait à l'encaissement par voie de droit, à défaut de paiement dans ce délai. Elle a en outre mis à la charge de l'assurée les frais de sommation de 40 fr.

3. Par lettre du 14 avril 2000, la caisse a communiqué à l'assurée que les primes dues pour 1998 s'élevaient à 3'876 fr. (12 x 323 fr.), montant duquel était déduits les subsides de 322 fr. 80. De plus, les sommes de 64 fr. 70, 210 fr. 30, 64 fr. 70 et 89 fr. 75 lui étaient réclamées à titre de participation aux frais. La franchise de 400 fr. avait été prise en compte. L'Office cantonal des personnes âgées (OCPA) ne l'avait par ailleurs pas informée qu'il assumerait le paiement des primes 1998. Le total dû à titre de primes et participation aux frais s'élevait ainsi à 3'982 fr. 65.

4. Selon la note relative à l'entretien téléphonique de la caisse avec le fils de l'assurée en date du 30 mai 2000, ce dernier a demandé si les subsides avaient été déduits et a proposé de prévoir une franchise de 1'500 fr. pour 1997 et 1998.

5. L'assurée n'ayant pas payé les sommes réclamées, la caisse a déposé le 27 février 2003, à son encontre une réquisition de poursuite, enregistrée sous le numéro 03 130567 J, pour un montant de 3'982 fr.65 ainsi que de 190 fr. de frais administratifs et de sommation.

6. L'assurée a formé opposition le 3 juillet 2003 un commandement de payer.

7. Par décision formelle du 20 août 2003, la caisse a constaté l'existence de la dette, ainsi que des frais et a levé l'opposition de l'assurée à la poursuite susmentionnée.

8. Par lettre du 26 septembre 2003, reçue le 1er octobre suivant, l'assurée a fait opposition à cette décision, en concluant implicitement à son annulation. Elle a relevé qu'elle n'avait reçu aucune explication ou confirmation concernant les sommes pour lesquelles elle était mise en poursuite et a requis une décision lui exposant dans le détail les montants que la caisse lui réclamait. Elle l'a en outre informée qu'elle perçevait des prestations de l'OCPA, lequel payait ses primes, tout en soulignant qu'elle avait une franchise de 1'500 fr.

9. Par décision sur opposition du 1er juillet 2004, la caisse a déclaré celle-ci irrecevable pour cause de tardiveté. Elle s'est néanmoins prononcée quant au fond et a exposé dans les détails à quel titre les sommes réclamées étaient dues. Concernant la franchise, elle a exposé que l'assuré ne pouvait choisir une franchise

que pour le début d'une année civile et que, en l'occurrence, la demande de modification ne lui était parvenue qu'en 2000. Il ne lui était dès lors pas possible de modifier la franchise rétroactivement.

10. Par courrier du 4 août 2004, posté le 6 et reçu le 10 suivant, l'assurée a formé recours contre cette décision en concluant, préalablement, à l'apport du dossier de la VISANA et à la fixation d'un délai complémentaire pour se déterminer. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision.

11. Le 26 août 2004, la caisse a informé le Tribunal de céans qu'elle avait reconsidéré la décision sur opposition du 1er juillet 2004 et lui a transmis sa nouvelle décision du 26 août 2004, par laquelle elle a déclaré recevable l'opposition formée par l'assurée et l'a rejetée quant au fond, tout en reprenant la motivation figurant dans sa décision sur opposition du 1er juillet 2004.

12. Cette nouvelle décision a été notifiée à la recourante en date du 31 août 2004.

13. Le 4 octobre 2004, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

14. Par lettre datée du 28 septembre 2004, postée le 30 septembre et reçue le 4 octobre suivant, l'assurée a recouru contre la nouvelle décision du 26 août 2004 de la caisse, en reprenant les conclusions de son premier recours. Elle a constaté qu'aucune pièce ne lui avait été fournie à l'appui des explications données, ce qui l'empêchait de se déterminer et contrevenait au devoir de la VISANA de renseigner et au principe du droit d'être entendu. Elle a par ailleurs répété que ses primes étaient payées directement par l'OCPA. Enfin, considérant que la VISANA n'était pas en droit de retirer unilatéralement la décision faisant l'objet du premier recours devant le Tribunal de céans, sa nouvelle décision devait être également annulée pour ce motif.

15. Dans sa réponse du 20 octobre 2004 dans le cadre du recours contre sa décision du 26 août 2004, VISANA a conclu au rejet du recours en se référant aux arguments développés précédemment.

16. A la demande du Tribunal de céans, l'OCPA lui a communiqué le 7 février 2005 que la recourante était au bénéfice de la couverture intégrale de la prime de l'assurance obligatoire des soins dès décembre 1998.

17. Dans ses écritures du 21 février 2005, l'intimée a relevé que la prime mensuelle de l'assurance-maladie de base était en 1998 de 322 fr. 80 et qu'elle a déduit cette somme du montant réclamé.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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. 56V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relative 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. L'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure les affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune, en vertu de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA);

   En l'occurrence, les recours interjetés par l'assurée contre les décisions du 1er juillet 2004 et du 26 août 2004 de la caisse se rapportent à des situations de fait et de droit identiques, dans la mesure où elles ont trait aux cotisations dues pendant l'année 1998. Par conséquent, il y a lieu de joindre ces recours sous le numéro de cause A/1685/2004.

4. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Ainsi, la présente cause est régie par les dispositions matérielles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, s'agissant de primes d'assurance pour 1998.

   En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier

2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales, comme en l'espèce, sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

5. Interjetés dans les délai et la forme prévus par la loi, les recours sont recevables (art. 56 et 59 ss LPGA).

6. Concernant le premier recours déposé par l'assuré contre la décision du 6 août 2004 de la caisse, par laquelle celle-ci a déclaré irrecevable l'opposition de la prénommée, il y a lieu de relever que cette dernière a reconsidéré sa décision en date du 26 août 2004 et a admis la recevabilité de l'opposition, tout en la rejetant au fond.

   En vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. La nouvelle décision ne met toutefois fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant.

   Par conséquent, il convient d'admettre que l'intimée était en droit de revenir sur sa décision initiale, contrairement à ce que prétend la recourante.

   L'intimée a par ailleurs fait droit aux conclusions de la recourante tendant à la constatation de la recevabilité de son opposition. Certes, la recourante avait également pris des conclusions tendant à l'annulation de la décision du 1er juillet 2004 sur le fond. Toutefois, dans la mesure où cette dernière décision déclarait l'opposition formée irrecevable, la recourante ne pouvait conclure qu'à la constatation de la recevabilité de celle-ci et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision sur le fond. Ses autres conclusions étaient irrecevables, dès lors qu'elles dépassaient l'objet du litige.

   Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que l'intimée a fait entièrement droit aux conclusions de la recourante dans le cadre du recours formé contre sa décision du 1er juillet 2004, dans la mesure où celles-ci étaient recevables, de sorte que celui-ci est devenu sans objet.

7. L'obligation de payer des cotisations découle de l'art. 61 LAMal. Elle constitue la conséquence juridique et impérative de l'affiliation à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1971 p. 51 ; 1977 p. 4 ; 1981 p. 61).

   L'obligation de participer au coût des prestations sous la forme d'une franchise ou d'une quote-part pour les frais qui dépassent le montant de celle-ci est consacrée par l'art. 64 LAMal.

8. a) La recourante ne conteste pas le montant des primes réclamées pour 1998 ni la participation aux frais. Elle fait toutefois valoir que la prime aurait été payée par l'OCPA, dès lors qu'elle bénéficie de prestations complémentaires. Cependant, elle n'était au bénéfice de ces prestations, lesquelles incluent la couverture de la prime de l'assurance-maladie de base, que dès décembre 1998. Il résulte par ailleurs des pièces du dossier que l'intimée a déduit de sa prétention le montant de la prime de l'assurance-maladie de base de 322 fr, 80 versé par le Service de l'assurance-maladie pour décembre 1998. Cela étant, le Tribunal de céans admettra que la somme réclamée est justifiée.

   b) En ce qui concerne les frais administratifs, il est admis par la jurisprudence qu'un assureur-maladie peut réclamer, dans une mesure appropriée, la payement des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation au coût, à condition que ces frais soient imputables à une faute de l'intéressée. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés.

   En l'occurrence, l'art. 4. 6 let. c des conditions générales d'assurance de l'intimée prévoit que les frais de procédure pour les poursuites et autres frais sont à la charge de la personne assurée et que, en cas de rappel ou de poursuite, il est prélevé une taxe pour les dérangements causés. Les conditions générales ne prévoient cependant pas le montant des frais qui peut être mis à la charge de l'assuré. Se pose dès lors la question de savoir si les frais de sommation de 40 fr. et les autres frais administratifs de 150 fr. sont appropriés.

   Compte tenu de ce que l'intimée n'a pas inclus dans la poursuite les intérêts moratoires de 5%, cela doit être admis en l'espèce, étant considéré que les intérêts moratoires pour une seule année s'élèveraient déjà à 199 fr.

   c) Quant à la franchise, la recourante a allégué qu'elle aurait été de 1'500 fr. en 1998.

   Comme le relève cependant à juste titre l'intimée, l'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile, aux termes de l'art. 94 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMAL).

   Or, il résulte de la note de l'entretien téléphonique de la caisse du 30 mai 2000, qu'une telle demande n'a été formée qu'à cette date. De surcroît, la recourante ne tire aucune conclusion concrète du fait que la franchise aurait été du montant maximal.

9. Il découle de ce qui précède que le second recours est infondé. Il sera par conséquent rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

Préalablement :

1. Prononce la jonction des recours formés par Mme K_____ contre les décisions du 1er juillet et du 26 août 2004 de la caisse-maladie VISANA, sous le numéro de cause A/1685/2004 ;

A la forme :

2. Les déclare recevables ;

Au fond :

3. Déclare sans objet le recours formé contre la décision du 1er juillet 2004 de l'intimée ;

4. Rejette le recours formé contre la décision du 26 août 2004 ;

5. Confirme la décision de l'intimée du 26 août 2004 ;

6. Prononce la mainlevée de l'opposition formée par la recourante au commandement de payer dans le cadre de la poursuite 03 130 567 J ;

7. Dit que la procédure est gratuite ;

8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens

de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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