RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1998/2004 **ATAS/762/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 7 septembre 2005

En la cause

Monsieur R_____, recourant

contre

CAISSE-MALADIE KPT/CPT, ayant son siège à Tellstrasse 18, 3000 Berne 22 intimée

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente
Mesdames Karine STECK et Valérie MONTANI, juges.

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né le 16 septembre 1969, est affilié depuis le 1er janvier 1996 auprès de la caisse-maladie KPT/CPT (ci-après la CPT), pour l'assurance obligatoire des soins. Jusqu'au 30 juin 2004, il était au bénéfice de cinq assurances complémentaires. En raison de son domicile au Tessin, il a payé le montant des primes de l'assurance de base valables pour les assurés domiciliés au Tessin.

2. L'assuré a effectué ses études de droit à l'Université de Genève, en gardant son domicile auprès de ses parents au Tessin jusqu'à la fin de ses études, le 31 août 1996. Il a transféré son domicile à Genève dès le 1er septembre 1996, sans en informer la CPT ; il a continué à payer les primes de l'assurance-obligatoire des soins selon le tarif tessinois, car il avait conservé son adresse de paiement auprès de ses parents.

3. En mars 2004, la CPT a reçu de l'assuré l'attestation du droit aux subsides de l'assurance-maladie de base délivré par le Service de l'assurance-maladie (SAM) de la République et canton de Genève. Après vérification auprès des autorités communales de Aquila (TI) et des autorités genevoises, la CPT a obtenu confirmation que son assuré n'était plus domicilié au Tessin depuis le 1er septembre 1996 et qu'il s'acquittait d'une prime de base trop basse.

4. Par courrier du 17 mars 2004, la CPT a informé l'assuré qu'elle lui réclamait le paiement de la différence entre les primes tessinoises et genevoises, pour les cinq dernières années. Dans un courrier électronique adressé à la CPT, l'assuré a reconnu être domicilié à Genève et a fait valoir que l'adresse au Tessin n'était qu'une boîte aux lettres. Il se déclarait prêt à payer, pour le futur, le montant des primes de l'assurance de base applicable aux assurés domiciliés à Genève.

5. Par décision du 31 mars 2004, la CPT a confirmé à son assuré qu'elle lui réclamait la différence entre le montant des primes valables pour le canton du Tessin et celles valables pour le canton de Genève, qu'il aurait dû payer en raison de son domicile dans ce canton, à compter du mois de mars 1999.

6. L'assuré a formé opposition le 5 mai 2004, au motif que tant les autorités tessinoises que genevoises ont été informées de son changement de domicile. Il soutient qu'en 1997, il avait fait parvenir à l'agence tessinoise l'attestation de subside LAMal délivrée par les autorités genevoises et qu'il lui aurait été répondu qu'il ne pouvait bénéficier, au Tessin, des subsides accordés par un autre canton. La CPT n'aurait aucune base légale pour modifier unilatéralement et rétroactivement le montant des primes qu'il a acquittées. D'autre part, la CPT était parfaitement au courant de son changement de domicile, de sorte qu'elle commet un abus de droit en lui réclamant rétroactivement le paiement de la différence de primes. Il a

également proposé, à titre transactionnel, de payer les primes genevoises dès l'année 2004.

7. Le 25 août 2004, la CPT a rejeté l'opposition et a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 5'183 fr., intérêts exclus, représentant la différence entre le montant des primes tessinoises payées et le montant dû selon le tarif genevois, dès le mois de mars 1999. La CPT a également refusé la solution transactionnelle proposée par l'assuré, dès lors que la décision litigieuse n'a pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance.

8. Monsieur R_____ a interjeté recours auprès du Tribunal de céans le 27 septembre 2004. Il expose que son père était employé fédéral et que toute la famille a toujours été affiliée auprès de la CPT. Lorsqu'il effectuait ses études à Genève, il avait conservé son domicile et son adresse au Tessin, chez ses parents, qui payaient les primes. Il confirme que depuis le 1er septembre 1996, il est domicilié à Genève, mais soutient que toutes les autorités compétentes ont été informées de ce changement. Il fait valoir aussi qu'à réception de l'attestation fiscale genevoise pour pouvoir bénéficier de subsides LAMal, il l'avait acheminée à la CPT ; la section tessinoise lui avait alors affirmé qu'il ne pouvait obtenir des subsides du Tessin sur la base de l'attestation délivrée par un autre canton. Enfin, il soutient qu'aucune base légale ne permet à la CPT de revoir rétroactivement le montant des primes acceptées chaque année par l'assuré et qu'au surplus, la caisse-maladie n'est pas obligée de déroger au système de la prime unique, mais qu'elle peut le faire. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une indemnité équitable qui tienne compte du comportement de la caisse dans la présente procédure.

9. Dans sa réponse du 11 novembre 2004, la CPT a contesté avoir été informée du changement d'adresse de son assuré, lequel a failli à son devoir d'informer. Elle expose que conformément à l'art. 61 al. 2 LAMal, elle a fait usage de la faculté que lui conférait la loi de fixer les primes en fonction des coûts à supporter par canton et par région, tarif qui a reçu l'approbation du Conseil fédéral. L'assuré étant domicilié à Genève depuis 1996, c'est le tarif genevois des primes qu'il devait acquitter et qu'elle aurait facturé, s'il avait annoncé son changement de domicile dans le délai de 14 jours comme les conditions générales le lui imposaient. Le recourant est tenu ainsi de payer la différence des primes, rétroactivement sur cinq ans. La CPT conclut au rejet du recours et à la condamnation du recourant au paiement d'une indemnité équitable.

10. Par réplique du 20 janvier 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions et a fait valoir que la prétention de la caisse devait être déduite d'un montant de 500 fr. qu'il faisait valoir au titre de rabais de prime dû pour la promotion de la santé promis par la CPT et jamais payée.

11. La CPT a maintenu sa position, relevant que l'assuré avait indûment profité de primes nettement plus avantageuses, de sorte qu'elle était en droit de lui réclamer le paiement de la différence, soit 5'183 fr., plus intérêts à 5 %.

12. Le Tribunal a convoqué les parties en audience de comparution personnelle le 13 avril 2005. Le recourant a réaffirmé avoir communiqué en 1998 l'attestation de subside à l'agence tessinoise de la CPT ; s'agissant de son changement d'adresse, il en avait informé diverses autorités, mais ne se souvenait pas s'il en avait informé la CPT. Il admettait n'en avoir pas la preuve. La CPT a affirmé avoir effectué des recherches auprès de l'agence tessinoise, mais aucune trace d'une attestation de subside LAMal ou de toute information relative à un changement de domicile n'a été retrouvée dans le dossier de l'assuré. Selon les renseignements obtenus du SAM de Genève, l'assuré n'avait pas fait valoir ses droits au subside pour les années 1998 à 2000. La CPT s'est déclarée prête à renoncer aux intérêts moratoires et relève au surplus que s'agissant des primes LCA, elle avait renoncé à réclamer la différence, vu la modicité du montant. Quant à la compensation invoquée par le recourant, outre le fait qu'elle est totalement infondée, il n'y a pas de compensation possible entre les primes LAMal et LCA. La CPT a versé de nouvelles pièces à la procédure.

13. Appelé à se déterminer, le recourant a dénié toute valeur probante des pièces produites par la CPT, dans la mesure où la collaboratrice de la section tessinoise contactée par la CPT était précisément celle qui lui avait affirmé que le versement des subsides genevois impliquaient un changement d'affiliation

14. L'intimée a également persisté dans ses conclusions et 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 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 des contestations prévues à l'article 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. 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   Les règles de procédure du 4ème chapitre de la LPGA s'appliquent, quant à elles, sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur, à défaut de règles transitoires contraires (ATF 130 V 1 consid. 3.2, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans la forme et le délai légal prescrits par la loi, le recours est à cet égard recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée est en droit de réclamer au recourant le paiement de la différence entre les primes de l'assurance de base payées dans le canton du Tessin et celles qu'il aurait dû payer à Genève en raison de son domicile dans ce canton dès le 1er septembre 1996.

   Le recourant ne conteste pas son domicile à Genève depuis le mois de septembre 1996, ni son affiliation à la CPT pour l'assurance obligatoire des soins. Il allègue cependant que la décision attaquée ne repose pas sur une base légale suffisante, aucune disposition de la LAMaL ne permettant à l'intimée de revoir rétroactivement le montant d'une prime acceptée chaque année par l'assuré.

   S'agissant du droit matériel, il sied de relever que l'objet du présent litige concerne un complément de cotisations réclamées par l'intimée pour la période de mars 1999 à mars 2004, soit pour une partie antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, et pour une partie postérieure au 1er janvier 2003. L'art. 24 al. 1 LPGA règle expressément cette question de droit matériel pour autant que cette disposition soit applicable sur le plan inter-temporel. Selon l'art. 82 al. 1 1ère phrase LPGA, les dispositions matérielles de la présente loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrées en vigueur. Les prestations en cours

sont celles qui ont fait l'objet d'une décision – en principe formelle – entrée en force (ATF 130 V 546 consid. 2). Or, en l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après l'entrée en vigueur de la LPGA. Même si elle concerne en partie des cotisations dues avant le 1er janvier 2003, les cotisations arriérées réclamées ne sont pas des prestations d'assurance, ni des créances fixées avant le 1er janvier 2003, mais après cette date. En conséquence, selon une interprétation « a contratrio », cette question est régie par la LPGA, plus précisément par son art. 24 al. 1 LPGA.

Au surplus, cette interprétation est confirmée par les travaux préparatoires de la LPGA relatifs à l'art. 25 LPGA (alors art. 32 du projet) concernant la restitution des prestations indûment touchées, spécialement cité comme exemple d'une disposition qui ne serait pas applicable à des prestations déjà versées avant l'entrée en vigueur de la loi (FF 1991 II p. 266 ss). En revanche, selon Ueli Kieser (ATSG-Kommentar, note 9 ad art. 82), dans la mesure où la question de la restitution se pose après le 1er janvier 2003, le nouveau droit est applicable dès lors qu'il est statué sur la restitution après son entrée en vigueur et quand bien même la restitution porte sur des prestations accordées antérieurement (arrêt du TFA du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.1). Cette interprétation peut être reprise mutatis mutandis pour la réclamation d'un complément de cotisations dues en partie avant et après le 1er janvier 2003. En effet, sur le plan juridique, la réclamation par la caisse-maladie d'un complément de cotisations est assimilable à la restitution de prestations par l'assuré puisqu'elles impliquent, dans les deux cas, une application erronée du droit et un versement de la part de l'assuré. La question du droit pertinent ratione temporis ne revêt toutefois pas une importance décisive en l'occurrence puisque, sous l'empire de la LAMal cette question litigieuse n'était pas spécifiquement réglée et que, par analogie, l'art. 16 LAVS était applicable à la péremption de la créance de la caisse maladie pour des primes non payées (cf. ATF du 21 janvier 2005, K 99/04 consid. 2.1; ATF 122 V 331). Or, l'art. 24 al. 1 LPGA prévoit que le droit à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée, soit exactement la même réglementation qu'à l'art. 16 LAVS.

Les arguments du recourant quant au défaut de base légale sont ainsi mal fondés.

5. 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 de l'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et les références). L'affiliation à une caisse-maladie a pour conséquence juridique et impérative l'obligation de payer des cotisations (art. 61 LAMal) et de participer aux coûts des prestations sous la forme d'une franchise et d'une quote-part pour les frais qui dépassent le montant de celle-ci (art. 64 LAMal).

L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). Conformément à l'art. 61 al. 2 LAMal, l'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts sont différents selon les cantons et régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'office délimite les régions uniformément pour tous les assureurs.

Selon le recourant, les principes de la mutualité, de la solidarité et l'égalité de traitement invoqués par la caisse-maladie ne permettent pas de fonder la décision attaquée, dans la mesure où l'art. 61 al. 1 LAMal concrétise le principe de l'égalité en prévoyant une prime unique pour tous les assurés ; la caisse se fonderait ainsi sur une exception au principe de l'égalité, ce qui n'est pas suffisant.

Le Tribunal de céans relève cependant que le principe de l'échelonnement des cotisations d'assurance est précisément ancré à l'art. 61 LAMal. Certes, les cantons ont-ils la faculté d'échelonner le montant des primes par cantons et régions, et non l'obligation. Il n'en demeure pas moins que la plupart des caisses-maladie ont adopté cette solution, ainsi que la loi les y autorise (art. 61 al. 2 LAMal).

En l'occurrence, l'art. 27 al. 3 du Règlement d'assurance CPT, édition 1996, rappelle que les primes de l'assurance des soins sont échelonnés s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de la personne assurée est déterminant. L'art. 30 du règlement précise que l'assuré qui change d'adresse doit en informer la CPT dans les 14 jours. D'autre part, à teneur de l'art. 30 al. 1 des Conditions générales d'assurance (CGA) CPT, édition 1999, tout assuré est attribué à la section compétente pour le territoire où il a son domicile légal.

En conséquence, l'intimée était en droit de fixer des primes plus élevées pour les assurés domiciliés dans le canton de Genève que pour ceux domiciliés dans le canton du Tessin étant donné que les coûts sont plus élevés dans le canton de Genève.

Conformément à l'art. 92 al. 1 OAMal, l'assureur est tenu de soumettre à l'OFAS les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leurs modifications, au plus tard cinq mois avant leur application. En l'espèce, les tarifs des primes ont pu être appliqués par l'intimée, ce qui implique qu'ils ont été approuvés par l'OFAS et, par voie de conséquence, qu'ils sont conformes aux coûts moyens des régions et cantons considérés (cf. art. 92 al. 3 OAMal).

L'argument du recourant tombe ainsi à faux.

6. Il convient d'examiner si l'intimée a le droit de réclamer un complément de cotisations pour la différence entre les primes de base calculées sur la période du 1er mars 1999 au 31 mars 2004.

Dans le domaine des cotisations également, l'assureur social est en droit de révoquer ses décisions en se fondant sur les règles relatives à la reconsidération des décisions passées en force (ATF du 17 novembre 2000, H 177/00 consid. 5; ATF 126 V 46 consid. 2b et les références). Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références). A noter que la révision et reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA.

Le décompte rectificatif de cotisations et les moyens de preuve sur lesquels se fondent la reconsidération ou la révision procédurale sont postérieurs au 1er janvier 2003, de sorte que l'art. 53 LPGA est applicable (ATFA du 16 février 2005, U 263/03, consid. 1.1).

Selon l'art. 53 LPGA, une décision formellement passée en force est soumise à révision si des faits nouveaux importants sont découverts subséquemment ou si de nouveaux moyens de preuve sont trouvés qui ne pouvaient pas être produits auparavant (al. 1). En outre, elle peut être reconsidérée lorsqu'elle est manifestement erronée pour autant que sa rectification revête une importance notable (al. 2). L'art. 53 LPGA concerne les décisions administratives qui sont erronées dès l'origine, qu'il s'agisse d'une erreur liée aux circonstances de faits ou aux normes à appliquer (Ueli Kieser, op. cit., note 5 ad art. 53). La révision vise la modification ou l'annulation d'une décision fausse dès son prononcé, en raison de la méconnaissance de faits ou moyens découverts ultérieurement, mais existant déjà au moment où elle a été rendue (Alfred Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Vol. I, Berne 1979, p. 481). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (cf. ATF du 25 octobre 2004, U 146/04, consid. 3.1). Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure

précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1 et les références).

En l'espèce, étant donné que le domicile de l'assuré est déterminant pour l'échelonnement des primes (Message du 6 novembre 1991 du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I p. 175) et que le recourant s'est en tout cas constitué un domicile à Genève au plus tard le 1er septembre 1996, date à laquelle il s'est annoncé à l'Office de la population du canton de Genève, les primes d'assurance-maladie et accidents obligatoires fixées par les polices d'assurance de septembre 1996 à 2004 sont erronées en tant qu'elles appliquent les conditions tessinoises au lieu des genevoises. De plus, cette erreur repose sur la méconnaissance par l'intimée du changement de domicile du recourant dès le 1er septembre 1996, en raison de l'absence de communication par l'assuré de ce changement. L'intimée a découvert ce fait en mars 2004, après que le recourant lui ait communiqué l'attestation du droit aux subsides de l'assurance-maladie délivrée par le SAM de la République et canton de Genève et vérification auprès des autorités communales tessinoises et genevoises. Il s'agit-là assurément d'un fait important puisqu'il modifie le montant des cotisations dues par le recourant.

7. L'intimée réclame au recourant le paiement de la différence entre le montant des primes genevoises et celles payées selon le tarif tessinois, pour les cinq années précédentes, considérant que le recourant a violé son devoir d'informer au sens de l'art. 30 des CGA.

Le recourant soutient pour sa part que l'erreur de calcul de la prime est imputable à l'absence de coordination interne et de transparence de l'intimée, de sorte qu'il lui incombe d'en assumer les conséquences. Il fait valoir en effet que rien ne permet à l'intimée d'affirmer qu'il ait été en possession desdites CGA ; d'autre part, l'intimée était au courant de son domicile à Genève depuis 1998, lorsqu'il avait sollicité des autorités genevoises l'octroi de subsides et qu'il avait transmis les attestations du SAM à la section tessinoise. Il affirme que la caisse viole les règles de la bonne foi et les principes de l'interdiction de l'abus de droit.

Le Tribunal de céans relève préalablement que l'art. 53 al. 1 LPGA ne conditionne pas la rectification de l'erreur à la faute de l'une ou l'autre des parties. En effet, la nécessité de rectifier l'erreur est inhérente au principe de la sécurité juridique, car, l'exécution correcte du droit objectif, de même que le principe de l'égalité de traitement exigent que les cotisations qui n'ont pas été payées ou l'ont été insuffisamment soient perçues dans la mesure où elles ne sont pas prescrites (ATF 125 V 395 consid. 6d).

D'autre part, rien ne permet d'affirmer que l'intimée viole le principe de la bonne foi, car il n'a pas été établi qu'elle était au courant du changement de domicile du recourant.

L'art. 24 al. 1 LPGA prévoit que le droit à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée (cf. ég. ATF du 21 janvier 2005, K 99/04 consid. 2.1.2). En adoptant cette disposition, le législateur n'a fait aucune distinction entre cotisation annuelle et cotisation mensuelle, étant rappelé que les créances de cotisations portent en général sur une année civile (FF 1991 II 181 ss ad art. 31).

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l'intimée était en droit de réclamer au recourant, dans le délai de péremption de cinq ans, le paiement d'un complément de cotisations, qu'elle a limitée à la période du 1er mars 1999 au 31 mars 2004. Selon le décompte établi par l'intimée et non contesté par le recourant, celui-ci aurait dû payer une prime mensuelle à Genève de 293 fr. 70 en 1999 au lieu de 209 fr. 40, de 308 fr. 40 en 2000 au lieu de 217 fr. 80, de 317 fr. 60 en 2001 au lieu de 233 fr. 10, de 331 fr. 90 au lieu de 252 fr. 70, de 264 fr. 25 en 2003 au lieu de 186 fr. 95 et de 243 fr. 70 en 2004 au lieu de 153 fr. 50 : le complément de cotisations s'élève ainsi au total à 5'183 fr. pour la période considérée.

L'intimée réclame en outre des intérêts composés de 5 % l'an dès le mois de mars 1999. Selon l'art. 26 al. 1 LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunératoires (cf. ég. art. 7 OPGA). Le recourant doit en conséquence s'acquitter des intérêts requis par l'intimée, conformément aux dispositions légales précitées.

7. Le recourant requiert la compensation d'un montant de fr. 500 ; cette somme correspondrait aux rabais de prime de fr. 250/an dû par l'intimée dans le cadre d'une promotion offerte aux membres de la Fédération suisse de ski (FFS) qui étaient au bénéfice d'assurances complémentaires. Selon l'intimée, la compensation est exclue, dans la mesure où il s'agit d'un rabais proposé dans le cadre du contrat LCA et que le recourant n'avait pas sollicité à temps cette promotion.

   Les conclusions du recourant seront rejetées sur ce point, dès lors que l'objet du présent litige est limité à des cotisations arriérées découlant de la LAMal et qu'une compensation avec une créance – au demeurant non établie – de la LCA ne saurait être effectuée.

   Mal fondé, le recours sera rejeté.

8. L'intimée conclut à ce que le recourant soit condamné au paiement d'une indemnité équitable.

Selon l'art. 61 let. a LPGA, la procédure doit être simple, rapide, ainsi que gratuite pour les parties. Le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon la jurisprudence, les autorités et les organisations chargées de tâches de droit public, notamment les caisses-maladies n'ont en principe pas droit à des dépens lorsqu'elles obtiennent gain de cause (ATF 120 V 352). Exceptionnellement, des dépens peuvent être alloués lorsqu'en raison de la particularité ou de la difficulté du cas, le recours à un avocat indépendant était nécessaire (ATF 119 V 456 consid. 6b ; cf. Pratique VSI 2002 p. 60). Tel n'est pas le pas le cas en l'espèce, de sorte que l'intimée n'obtiendra pas d'indemnité à ce titre.

Pour le surplus, des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (cf. ég. art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA). Il sied toutefois de rappeler qu'un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité. (cf. ATF 124 V 285, Pratique VSI 1998 p. 194). En l'occurrence, on ne saurait conclure à un comportement téméraire ou témoignant de légèreté ; partant, aucun émolument de procédure ne sera mis à la charge du recourant.

****

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 dans le sens des considérants.

3. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.

4. Dit que la procédure est gratuite.

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 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).

Le greffier:	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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