RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2145/2004 **ATAS/971/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 10 novembre 2005

En la cause

Monsieur H_____, recourant

contre

AVENIR ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur H_____ est assuré auprès de AVENIR ASSURANCES, membre du Groupe mutuel (ci-après : la caisse) pour l'assurance-maladie obligatoire notamment. Le montant de sa prime annuelle s'élevait à Fr. 430.80 en 2003. Il a été fixé à Fr. 435.80 l'année suivante.

2. Le 20 août 2003, il a informé la caisse de son intention d'adhérer à une assurance-maladie allemande. Il lui a par ailleurs demandé d'établir un formulaire E104 attestant de ses périodes d'assurances auprès d'elle.

3. Le 3 septembre 2003, la caisse lui a expliqué par messagerie électronique que la délivrance d'un tel formulaire ne pouvait être effectuée que lorsque l'assurance obligatoire des soins avait été résiliée suite à un départ de Suisse vers un Etat membre de la communauté européenne. Elle lui a dès lors demandé de bien vouloir lui transmettre une attestation de sa commune de domicile confirmant son départ du territoire Suisse. Ceci lui a été confirmé par courrier du 4 septembre 2003.

4. Le 18 septembre 2003, l'assuré a informé sa caisse qu'il souhaitait résilier son assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2003. S'agissant du formulaire E104, il a indiqué que sa situation « s'était résolue autrement ».

5. Par courrier électronique du 23 octobre 2003, la caisse lui a expliqué que la résiliation du contrat ne pourrait intervenir que s'il lui présentait avant le 31 décembre 2003 soit une attestation d'assurance délivrée par un assureur maladie suisse dans le cadre d'une demande de démission ordinaire, soit une attestation de sa commune de domicile confirmant son départ du territoire suisse, soit une exemption à l'obligation d'assurance délivrée par l'organe cantonal compétent (le service de l'assurance-maladie de Genève en l'occurrence).

6. Par courrier du 6 novembre 2003, l'assuré a informé sa caisse qu'il demeurait domicilié en Suisse. Il lui a par ailleurs transmis une attestation d'assurance délivrée par une compagnie allemande.

7. Le 28 novembre 2003, la caisse l'a informé qu'il ne lui était pas possible d'enregistrer la résiliation de son contrat sur la base de ce document compte tenu du fait que celui-ci n'émanait pas d'un assureur maladie suisse reconnu par le département fédéral de l'intérieur. Elle l'a dès lors invité une nouvelle fois à s'adresser au service de l'assurance-maladie dans le but d'obtenir une éventuelle dispense à l'obligation d'assurance.

8. L'assuré, par courrier du 22 décembre 2003, a annoncé son intention d'entreprendre les démarches nécessaires auprès de cet organe.

9. Par courrier du 2 février 2004, il a signalé à sa caisse qu'il n'avait encore obtenu aucune réponse du service de l'assurance-maladie et que dans l'intervalle, il demandait le maintien de son contrat.

10. Le 25 février 2004, la demande d'exemption de l'assuré a été rejetée par l'autorité cantonale compétente au motif qu'il bénéficiait d'un permis d'établissement C et qu'il exerçait en Suisse une activité lucrative.

11. Par courrier du 25 avril 2004, l'assuré a informé la caisse de ce refus en lui communiquant également son intention de quitter la Suisse et le prochain envoi d'une attestation de l'Office cantonal de la population de Genève confirmant cet état de fait.

12. Le 24 mai 2004, l'assuré a confirmé à sa caisse qu'il souhaitait quitter le territoire suisse et qu'il venait d'en informer l'Office cantonal de la population de Genève.

13. Le 3 juin 2004, il lui a adressé une copie de l'attestation de l'Office cantonal de la population, datée du 26 mai 2004, mentionnant son départ à l'étranger en date du 15 mars 2004.

14. Par correspondance du 3 juin 2004, la caisse lui a dès lors confirmé la résiliation de son assurance obligatoire avec effet au 31 mars 2004, soit à la fin du mois durant lequel il avait quitté le territoire suisse.

15. Le 5 juillet 2004, l'assuré a contesté la date de résiliation de son contrat au motif qu'il s'était affilié à une assurance allemande depuis le mois de décembre 2003 et qu'il avait quitté la Suisse le 22 décembre 2003 déjà.

16. Par courrier du 1er août 2004, il a une nouvelle fois demandé que la résiliation de son assurance obligatoire prenne effet le 31 décembre 2003.

17. Le 13 août 2004, la caisse lui a réexpliqué que cela n'était pas possible.

18. Le 20 août 2004, l'assuré a manifesté une nouvelle fois son désaccord.

19. Le 1er septembre 2004, la caisse lui a adressé une décision formelle fixant la date de résiliation de l'assurance obligatoire des soins au 31 mars 2004.

20. Le 6 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision.

21. Par décision sur opposition du 5 octobre 2004, la caisse a confirmé sa décision du 1er septembre 2004. Elle a relevé que toutes les personnes domiciliées en Suisse sont obligatoirement assurées, que le service de l'assurance-maladie de Genève a rejeté la demande de dispense de l'intéressé et que selon les dispositions légales, l'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants. Quant aux dispositions invoquées par le recourant

concernant le délai de résiliation du contrat, la caisse l'a rendu attentif au fait qu'elles n'étaient applicables que dans le cadre d'un changement d'assureur maladie suisse et non à la fin de l'obligation d'assurance.

22. Par courrier du 18 octobre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue avoir résilié le contrat dans les délais légaux pour le 31 décembre 2003 et souligne avoir indiqué à sa caisse dans son courrier du 1er août 2004 déjà qu'il avait quitté la Suisse le 21 décembre 2003. Il allègue ne pas y être revenu depuis et ne pas y avoir exercé d'activité lucrative. Il soutient que c'est parce que le SAM a tardé à donner sa réponse qu'il n'a pu demander une attestation à l'Office de la population qu'en mars 2004, qu'il n'est pas à l'origine de la lenteur de l'administration et qu'il refuse d'en supporter les conséquences. Quant au fait que sa résiliation ne puisse être enregistrée que pour la fin du mois suivant son départ à l'étranger selon l'attestation de l'Office cantonal de la population, il reproche à la caisse de ne pas l'en avoir informé plus tôt. Il demande dès lors que la caisse lui rembourse le solde en sa faveur, de Fr. 364.75.

23. Invitée à se prononcer, la caisse, dans sa réponse du 19 novembre 2004, a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que bien que l'assuré ait manifesté à plusieurs reprises sa volonté de résilier son contrat, il ne remplissait à la fin de l'année 2003 aucun des critères légaux lui permettant de se libérer de l'obligation d'assurance. La caisse a admis que l'un de ses collaborateurs, Monsieur ANDRES, a indiqué à l'assuré que toute facture serait suspendue à partir du 31 décembre 2003 dans l'attente d'une réponse du SAM. En revanche, elle nie que ce collaborateur ait pu assurer que cette suspension vaudrait également en cas de réponse négative. La caisse explique être liée par l'attestation de l'Office cantonal de la population et ne pouvoir résilier l'assurance avant d'avoir reçu une attestation d'un assureur reconnu ou la preuve qu'il n'est plus soumis à l'obligation d'assurance de son domicile.

24. Par courrier du 13 décembre 2004, le recourant a expliqué notamment qu'il ne désirait pas renoncer à l'assurance suisse puisque, étant marié en Suisse, il voulait conserver son permis de travail C. « Au cas où il aurait renoncé à l'assurance suisse, il aurait dû annoncer son départ à l'Office de la population ». Il souligne qu'il a été indiqué dans une note manuscrite par la caisse : « suspens des rappels en attendant des nouvelles ».

25. Par courrier du 14 janvier 2005, la caisse a maintenu sa position.

26. Par courrier du 25 janvier 2005, le recourant s'est étonné de ce que ses arguments quant à la « recomposition de certaines pièces de documentation » n'aient pas été discutés. Il a par ailleurs relevé n'avoir demandé aucune prestation à la caisse depuis le 1er janvier 2004.

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. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 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. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (cf. art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant, qui a déclaré résilier son contrat d'assurance pour le 31 décembre 2003, est tenu de payer les primes réclamées par l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins pour les mois de janvier à mars 2004.

5. L'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour les soins en cas de maladie pour toute personne domiciliée en Suisse, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

   Selon l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer.

   Sont en outre tenus de s'assurer les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE) valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal).

   Sont notamment exceptées de l'obligation de s'assurer sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un Etat avec lequel il n'existe pas de réglementation sur la délimitation de l'obligation de s'assurer, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une

double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires (art. 2 al. 2 OAMal).

Selon l'art. 6 al. 1 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer. L'autorité désignée par le canton affilie d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 al. 2 LAMal).

Aux termes de l'art. 4 al. 1 de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 (LaLAMal), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis. Il statue également sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 LaLAMal). Le service de l'assurance-maladie affilie d'office les personnes soumises à l'obligation d'assurance qui refusent ou négligent de s'affilier conformément à la loi fédérale (art. 6 al. 1 du règlement).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le SAM a rejeté la demande de dispense de l'assuré. Dès lors, dans la mesure où il a été domicilié en Suisse jusqu'au 15 mars 2004, il était soumis à l'obligation de s'assurer. En effet, ainsi que le fait remarquer l'autorité intimée, l'art. 7 al. 3 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit que l'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants. Par ailleurs, il convient de souligner que dans ses courriers précédant le mois de mars 2004, le recourant a simplement fait part de son intention de quitter la Suisse et n'a à aucun moment affirmé qu'il avait déjà quitté le territoire. Au surplus, dans son recours, il a expliqué qu'il avait souhaité dans un premier temps conserver son domicile en Suisse afin de pouvoir continuer de bénéficier de son permis d'établissement. C'est dès lors à juste titre que la caisse n'a résilié l'assurance de soins obligatoire qu'à la fin du mois de mars 2004. Quant aux allégations du recourant quant aux indications de la caisse qui l'auraient induit en erreur, il convient de relever effectivement que cette dernière, dans une note manuscrite, a indiqué « suspens des rappels » en attendant des nouvelles. Cela démontre cependant bien que seuls les rappels de paiement ont été suspendus dans l'attente d'une décision éventuelle du SAM. Le recourant ne saurait en tirer la conclusion que c'est son assurance elle-même qui aurait été suspendue dans cette attente.

7. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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 :
Janine BOFFI	Karine STECK

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