

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2175/2015

ATAS/978/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié c/o Mme B _____, à GENÈVE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. En 2011, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) était affilié auprès de Mutuel assurance maladie SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins et pour une assurance complémentaire. Le montant des primes mensuelles s'élevait à CHF 316.65 (320.70 - 4.05) pour l'assurance de base et à CHF 4.90 pour l'assurance complémentaire, soit un total de CHF 321.55 par mois.
2. En septembre 2011, un commandement de payer (n°1_____) a été notifié à l'assuré concernant sa prime de mai 2011, mois durant lequel il avait pourtant été au service militaire.
3. Le 28 septembre 2011, l'assuré a demandé par écrit la résiliation de son assurance avec effet au 31 décembre 2011. Il a reproché à l'assurance de lui avoir fait notifier un commandement de payer pour une prime non due puisqu'elle concernait une période durant laquelle il était au service militaire.
4. Par pli du 10 octobre 2011, l'assurance a confirmé à l'assuré la suspension de son assurance obligatoire jusqu'au 31 mai 2011 et l'annulation de la facture de prime y relative (cf. pces rec.).
5. Le 12 octobre 2011, l'assuré a soldé la poursuite n°1_____ auprès de l'Office des poursuites (OP) en s'acquittant de sa prime de mai 2011 (CHF 321.55) et des frais de rappel, de sommation et de poursuite, pour un total de CHF 459.35 (cf. quittance de l'OP).
6. Par courrier du 21 octobre 2011, l'assurance a accusé réception de la demande de résiliation du 28 septembre 2011, en précisant qu'elle ne pourrait y donner suite qu'à la double condition qu'avant l'échéance, le nouvel assureur fournisse une attestation d'assurance et que l'intégralité des primes, participation aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite soient réglés.
7. En date du 24 octobre 2011, l'assurance a remboursé à l'assuré CHF 320.70, montant correspondant à la prime d'assurance de base de mai 2011 (cf. pce 6 intimée). est-ce contesté ? si oui, demander extrait du compte de l'assuré ou autre preuve de la part de l'assurance.
8. Le 16 décembre 2011, l'assurance a adressé à l'assuré un rappel de paiement concernant sa prime de décembre 2011 (CHF 321.55 + CHF 10.- de frais de rappel), puis, le 20 janvier 2012, une sommation pour un total de CHF 351.55 (CHF 321.55 + CHF 10.- de frais de rappel + CHF 20.- de frais de sommation).
9. L'assuré a entamé des démarches pour s'affilier auprès de Concordia assurance suisse de maladie et accident SA (ci-après : le nouvel assureur), mais l'affiliation

auprès de cet assureur a été par la suite annulée, vu les retards de paiements signalés par l'ancienne assurance.

10. En 2012, le montant des primes s'est élevé à CHF 324.20 (327.70 - 3.50) pour l'assurance obligatoire des soins et à CHF 4.90 pour l'assurance complémentaire, soit un total de CHF 329.10 par mois.
11. Le 31 mars 2012, un commandement de payer (n°2_____) portant sur la somme de CHF 321.55 (prime de décembre 2011), avec intérêts à 5% dès le 2 mars 2012, à laquelle s'ajoutaient CHF 30.- de frais de sommation et CHF 60.- de frais d'ouverture de dossier et de poursuites (soit un total de CHF 411.55), a été notifié à l'assuré, qui s'y est opposé.
12. En avril 2012, l'assuré a malgré tout payé 411.55 à l'OP (cf. pce 5 rec.).
13. Le 27 juin 2012, un commandement de payer (n° 3_____), portant sur la somme de CHF 972.60 (primes de janvier à mars 2012 dont l'assuré ne s'était pas acquitté, pensant être affilié au nouvel assureur choisi), à laquelle s'ajoutaient CHF 90.- de frais de sommation et CHF 90.- de frais d'ouverture de dossier et de poursuites (soit un total de CHF 1'152.60), a été notifié à l'assuré.
14. Par courrier du 27 août 2012, l'assurance a accusé réception d'un versement de CHF 406.55 de la part de son assuré concernant la poursuite n°2_____ (paiement intervenu en avril 2012 ; pce 11 intimée). Elle lui a réclamé paiement du solde encore dû, soit CHF 38.-.
15. Par décision du 23 octobre 2012, l'assurance a prononcé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer.

L'assurance a calculé que CHF 33.10 restaient dus selon le décompte suivant :

primes de décembre 2011	CHF 321.55	
./. acompte du 16.04.2012	CHF 406.55	
./. abandon des primes LCA	CHF 4.90	
frais d'ouverture du dossier	CHF 60.-	
frais de sommation	CHF 30.-	
frais de poursuite	CHF 33.-	(pce 12 intimée)

Cette décision est entrée en force.

16. En 2013, le montant des primes s'est élevé à CHF 339.75 (342.70 - 2.95) pour l'assurance obligatoire des soins.
17. Par courrier du 26 juillet 2013 à l'OP, l'assurance a requis l'annulation de la poursuite n°2_____ (pce 13 intimée).
18. Par pli du 11 septembre 2013, l'assuré a rappelé à l'assurance avoir payé à l'OP la prime de mai 2011 ainsi que les frais y relatifs (soit CHF 459.35 au total). Il a fait

valoir que, cette somme n'étant pas due, elle devait être compensée avec la prime de décembre 2011, de CHF 411.55 (pce 7 rec.).

19. En 2014, le montant des primes s'est élevé à CHF 362.35 (366.70 - 4.35) pour l'assurance obligatoire des soins.

20. Dans un courrier du 27 août 2014, l'assuré a rappelé à l'assurance que l'origine de leur litige trouvait sa source dans la facture de prime de mai 2011.

Après récapitulation des faits et de ses griefs, il requérait la cessation immédiate des poursuites intentées à son encontre (pce 8 rec.).

21. Le 27 octobre 2014, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une « action » à l'encontre de l'assurance, à laquelle il reprochait d'avoir engagé à son encontre des poursuites injustifiées. La Cour a déclaré son « recours » irrecevable car prématuré, aucune décision formelle n'ayant encore été rendue par l'assureur (cf. ATAS/60/2015 du 29 janvier 2015).

22. En 2015, le montant des primes s'est élevé à CHF 378.50 (383.70 - 5.20) pour l'assurance obligatoire des soins.

23. Le 19 janvier 2015, l'assurance a proposé à son assuré de renoncer au maintien de son affiliation pour les années 2012 à 2015, pour autant qu'il prouve son affiliation auprès d'un autre assureur pour chacune de ces années, de sorte que les rapports d'assurance prennent fin au 31 décembre 2011 (pce 16 intimée).

24. Le 21 février 2015, l'assuré lui a fait remarquer qu'il était bien en peine de fournir les preuves de son affiliation auprès d'un autre assureur puisqu'il avait été empêché par l'assurance elle-même de s'affilier ailleurs : les autres assureurs contactés avaient résilié les contrats conclus avec lui après avoir été informés que l'assurance refusait de résilier son contrat. L'assuré demandait à être libéré de ses engagements envers l'assurance dès mars 2015 et requérait au surplus le retrait des poursuites à son encontre, la prise en charge des frais y relatifs, ainsi que le remboursement des primes versées depuis 2012 (pce 17 intimée).

25. Le 16 mars 2015, l'assurance a rendu une décision formelle au terme de laquelle elle a maintenu l'affiliation de l'assuré.

L'assurance a fait remarquer que la prime de décembre 2011 ne pouvait être compensée avec le montant versé par l'assuré pour la prime non due de mai 2011 puisque le montant correspondant à celle-ci lui avait été remboursé courant 2011.

Rappelant qu'un assuré en retard de paiement ne peut changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement ses primes, participations aux coûts arriérés, intérêts moratoires et frais de poursuite, l'assurance a considéré que c'était à juste titre que l'affiliation de l'assuré avait été maintenue au-delà de l'année 2011.

26. Par courrier du 16 avril 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision.

27. Son opposition a été rejetée par décision du 22 mai 2015.

S'agissant de la compensation de la prime de décembre 2011 avec celle de mai 2011, l'assurance a maintenu que l'assuré ne pouvait légitimement l'invoquer, puisque la prime de mai 2011 lui avait été remboursée en octobre de la même année, ce qui n'avait pu lui échapper. Elle a ajouté qu'au demeurant, les assurés ne sont pas autorisés à compenser des montants au sens de la loi sur l'assurance-maladie.

L'assuré accusant un retard à la fin de l'année 2011, c'était à bon droit que son affiliation avait été maintenue au-delà du 31 décembre 2011.

Il ressortait du calcul établi par l'assurance que l'assuré restait débiteur des primes d'assurance-maladie de janvier 2012 à juin 2015 pour un total de CHF 18'263.85, frais administratifs (CHF 1'970.-) et de poursuites (CHF 2'187.25) inclus.

De ce montant devaient être déduits quatre versements qui avaient été opérés à l'OP en date du 4 février 2015 (CHF 7'189.25 au total), ce qui conduisait un solde en faveur de l'assurance de CHF 11'074.60.

Six poursuites distinctes avaient été intentées à l'encontre de l'assuré pour un total de CHF 8'783.60, afin d'obtenir le paiement des primes de janvier à mars 2012, de juillet à octobre 2012 et de janvier à décembre 2014 (nos 4_____, 5_____, 6_____, 7_____, 8_____ et 9_____).

Les factures relatives aux primes de janvier à juin 2015 étaient encore ouvertes pour un montant total de CHF 2'291.-.

28. Par pli déposé au greffe de la chambre de céans en date du 23 juin 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, qui lui a été notifiée le 29 mai 2015 (cf. Track & Trace produit le 23 octobre 2015).

Il reproche à l'intimée de n'avoir aucune volonté de régler le différend qui les oppose et conclut à ce que son assurance soit résiliée avec effet au 31 décembre 2011, à l'annulation de toutes les poursuites intentées à son encontre et au paiement de dommages et intérêts.

29. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 juillet 2015, a conclu au rejet du recours.

L'intimée rappelle avoir attiré l'attention du recourant, en octobre 2011, sur le fait qu'une résiliation ne pourrait intervenir qu'à condition qu'une attestation d'assurance chez un nouvel assureur lui parvienne et qu'il s'acquitte de l'intégralité des montants dus.

Elle maintient qu'elle était légitimée à ne pas résilier le contrat dans la mesure où la prime de décembre 2011 n'avait pas été payée.

A cet égard, elle rappelle que le recourant ne pouvait se prévaloir de la compensation de cette prime avec celle de mai 2011 puisque celle-ci lui avait été remboursée.

Enfin, elle souligne que le recourant ne s'est plus acquitté d'aucune prime depuis janvier 2012, alors qu'il n'a contracté aucune autre assurance obligatoire des soins auprès d'un autre assureur.

30. Invité à se déterminer, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours daté du 19 juin 2015.
31. Interpellé par la Cour de céans, le recourant a reconnu avoir reçu un montant de CHF 320.70 en remboursement en date du 1^{er} novembre 2011, tout en rappelant avoir payé CHF 459.35 à l'OP en date du 12 octobre 2011.
32. Sur demande de la Cour de céans, l'intimée a produit la copie d'un suivi des envois de la Poste attestant de l'expédition en recommandé de sa décision du 22 mai 2015, du dépôt de l'avis de retrait le 26 mai 2015 et du retrait effectif du recommandé en date du 29 mai 2015.
33. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 19 novembre 2015.

Monsieur C_____, ami de la famille représentant le recourant, s'est présenté en lieu et place de ce dernier, accompagné de la mère de l'intéressé, dont il a excusé l'absence.

Il a souligné qu'il était regrettable que l'intimée n'eût pas pris l'initiative de régler, au début de l'année 2012, le différend qui l'opposait au recourant, au lieu de faire annuler la nouvelle affiliation de ce dernier auprès d'un autre assureur.

Il a à nouveau allégué qu'en 2011, le recourant se serait vu accorder l'autorisation par l'intimée, par téléphone, d'éteindre par compensation sa prime de décembre 2011.

Il a ajouté que les frais de poursuite indument réclamés et dont le recourant s'était acquitté directement à l'OP ne lui ont jamais été remboursés.

L'intimée a quant à elle précisé que le recourant s'est acquitté de toutes les primes d'assurance relatives à l'année 2013, ainsi que de celles d'avril à juin et de novembre à décembre 2012. Demeurent impayées les primes de janvier à mars 2012, de juillet à octobre 2012, de janvier à décembre 2014 et de janvier à décembre 2015.

34. Par pli du 3 décembre 2015, le recourant a réitéré ses reproches à l'encontre de l'intimée, dont il estime qu'elle n'a aucune volonté de résoudre le litige.

Il lui reproche en outre de subordonner la résiliation de son contrat d'assurance au paiement d'un montant de CHF 12'009.25 d'ici au 31 décembre 2015.

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 - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).
3. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimée pouvait légitimement maintenir l'affiliation du recourant au-delà du mois de décembre 2011 et, partant, exiger de lui le paiement des primes afférentes aux mois de janvier 2012 à juin 2015.

S'agissant des poursuites engagées à son encontre par l'assureur-maladie, le recourant a la possibilité de les contester une par une auprès de la Cour de céans par le biais de recours contre les décisions de mainlevée d'opposition de l'assurance.

Quant aux conclusions du recourant visant l'annulation des poursuites à son encontre et l'octroi de dommages et intérêts, elles sont irrecevables. En effet, ces questions relèvent de la justice civile (cf. art. 85 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite [LP – RS 821.1] ; art. 86 LOJ).

4. 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 (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal).

Selon l'art. 64a LAMal, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit, et lui impartit un délai de 30 jours en l'informant des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. [...] (al. 2).

L'art. 90 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102), précise que les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. Dans leur version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, l'art. 105a OAMal fixe à 5% par année le taux des intérêts moratoires pour les primes échues (cf. aussi

art. 26 al. 1 LPGA) et l'art. 105b OAMal précise que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation sur d'autres retards de paiement éventuels (art. 105b al. 1 OAMal). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (art. 105b al. 2 OAMal ; cf. également l'art. 3 al. 1 des conditions générales de l'intimée ("dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal" ; cf. aussi ATF 125 V 276 consid. 2/bb).

5. À teneur de l'art. 7 al. 1 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile. Aux termes de l'art. 7 al. 5 LAMal, 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. Selon l'al. 6 de l'article précité, 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.

En dérogation à l'art. 7 LAMal, l'art. 64a al. 6 LAMal énonce que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite.

L'art. 105l OAMal précise que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1). Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai (al. 2). Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 de la loi. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (al. 3).

6. Selon la doctrine et la jurisprudence, la compensation de créances réciproques constitue un principe juridique général, ancré en droit privé aux art. 120 ss du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220), qui trouve application en droit

administratif. En droit des assurances sociales plus particulièrement, le principe est reconnu, même dans les branches de ce droit qui ne le prévoient pas expressément (ATF 132 V 127 consid. 6.1.1 ; ATF 128 V 50 consid. 4a et 224 consid. 3b ainsi que les références). De manière générale, la compensation en droit public - et donc notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (ATF 130 V 505 consid. 2.4 ; ATF 128 V 228 consid. 3b ; VSI 1994 p. 217 consid. 3).

Il convient de faire une réserve à l'application analogique de l'art. 120 CO en droit public, s'agissant du droit d'invoquer la créance en compensation. L'art. 125 ch. 3 CO interdit, en effet, à un privé d'éteindre par compensation une créance dérivant du droit public en faveur de l'État et des communes, contre leur volonté. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs-maladies jouissent d'un privilège identique (ATF 110 V 183 consid. 3 ; Milan KRYKA, Die Verrechnung in Konkurs, Nachlassverfahren und Konkursaufschub, in SSHW - Schweizer Schriften zum Handels- und Wirtschaftsrecht, n. 302, 2011, p. 22).

7. Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1). L'exigence de loyauté contenue dans le principe de la bonne foi interdit tant à l'autorité qu'à l'administré d'adopter un comportement contradictoire et abusif. Il en résulte notamment qu'il faut être soi-même de bonne foi pour invoquer une prétendue violation de ce principe (ATF 136 I 254 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2A.52/2003 du 23 janvier 2004 consid. 5.2 ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, p. 197).
8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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 319 consid. 5a).
9. En l'espèce, le recourant a demandé par écrit, le 28 septembre 2011, la résiliation de son assurance avec effet au 31 décembre 2011, respectant ainsi le délai prévu à l'art. 7 al. 1 LAMal. Il est à noter que la demande de résiliation du recourant ne précise pas si elle vise uniquement le contrat conclu au titre de l'assurance-maladie obligatoire, au sens de la LAMal, ou également le contrat d'assurance

complémentaire. Quoi qu'il en soit, seul le sort d'un contrat d'assurance-maladie obligatoire peut fait l'objet d'une décision rendue en application des dispositions de la LAMal. Des conclusions qui porteraient également sur la résiliation d'un contrat d'assurance complémentaire seraient irrecevables dans cette mesure.

Le 21 octobre 2011, après avoir consenti à l'annulation de la facture de prime pour le mois de mai 2011, l'intimée a accusé réception de la résiliation en précisant qu'elle pouvait être effective au 31 décembre 2011, à la double condition que le nouvel assureur lui fasse parvenir, avant l'échéance, une attestation d'assurance et que l'intégralité des primes, participation aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite aient été payés avant le changement d'assureur. En faisant parvenir les informations précitées au recourant, l'intimée a fait application de l'art. 64a al. 6 LAMal et de l'art. 105l al. 2 OAMal. Or, le recourant n'était pas en retard de paiement au sens de l'art. 105l al. 1 OAMal, lorsqu'il a fait parvenir à l'intimée sa lettre de résiliation du 28 septembre 2011, puisque d'une part, il n'était pas débiteur de la prime de mai 2011 pour laquelle il avait été poursuivi à tort et, d'autre part, il n'avait pas encore reçu de sommation pour non-paiement de la prime de décembre 2011, le délai au 30 novembre pour s'en acquitter n'étant pas encore échu.

Il n'en demeure pas moins que le recourant ne s'étant par la suite pas acquitté à l'échéance de la prime du mois de décembre 2011, il en est demeuré débiteur au 31 décembre 2011, comme exposé ci-dessous (*infra* consid. 10), raison pour laquelle il s'est vu adresser un rappel de paiement le 16 décembre 2011, puis une sommation en bonne et due forme, le 20 janvier 2012, en application de l'art. 105b al. 1 LAMal. De surcroît, il n'a pas produit, avant le 31 décembre 2011, une attestation d'affiliation auprès d'un nouvel assureur-maladie avec effet au 1^{er} janvier 2012, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal.

10. C'est en vain que le recourant invoque l'extinction par compensation de la créance en paiement de l'intimée relative à la prime de décembre 2011 avec sa propre créance en remboursement de la prime de mai 2011, dans la mesure où l'intimée a procédé, en date du 24 octobre 2011, au remboursement sur son compte bancaire des primes d'assurance de base et complémentaire relatives au mois de mai 2011.

Si l'on tient pour vraisemblables les allégations du recourant selon lesquelles l'intimée aurait, dans un premier temps, acquiescé par téléphone à l'extinction par compensation de sa créance de prime du mois de décembre 2011, il convient de conclure qu'elle a fait preuve d'un comportement contradictoire en créditant, dans un second temps, en faveur du recourant le montant de la prime de mai 2011. Toutefois, la chambre de céans ne saurait admettre que par son comportement contradictoire l'intimée a violé le principe de la bonne foi, dans la mesure où le recourant aurait dû et pu s'apercevoir, en consultant son compte bancaire, que l'intimée avait renoncé à l'extinction de sa créance par compensation. Il ressort, en effet, de la pièce n. 6 versée à la procédure par l'intimée et de l'extrait de compte du 30 novembre 2011 produit par le recourant qu'un remboursement de CHF 320.70, montant correspondant aux primes mensuelles 2011 pour l'assurance obligatoire des

soins et l'assurance complémentaire, a été opéré en faveur du recourant en date du 24 octobre 2011.

Par ailleurs, le recourant aurait dû contacter l'intimée suite au rappel de paiement du 16 décembre 2011 relatif à la prime dudit mois.

Il y a ainsi lieu de reconnaître que le recourant n'était pas légitimé à invoquer en compensation sa créance en remboursement de la prime de mai 2011 avec la créance de l'intimée relative à la prime de décembre 2011, dont il est par conséquent demeuré débiteur au 31 décembre 2011. En résumé, le recourant a payé - à tort - CHF 459.35 en octobre 2011, sur lesquels l'assurance lui a remboursé CHF 320.70 quelques jours plus tard. S'il est vrai que le recourant a ainsi versé CHF 138.65 de trop, cela ne suffisait quoi qu'il en soit pas à éteindre sa dette de prime de décembre 2011.

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimée a maintenu l'affiliation du recourant au-delà de décembre 2011 puisque le recourant était resté débiteur envers elle, même si ce n'était que pour un montant modeste. La décision querellée est donc bien fondée et le recours doit être rejeté.

La chambre de céans attire l'attention du recourant sur le fait qu'il est légalement tenu de s'acquitter des primes mensuelles à l'égard de l'intimée jusqu'à ce que son contrat d'assurance-maladie soit valablement résilié. Or, tant qu'il ne paiera pas les primes en souffrance, l'intimée ne sera pas autorisée à accepter la résiliation dudit contrat. Il appartient ainsi au recourant de faire diligence pour s'acquitter des arriérés et produire une attestation d'affiliation auprès d'un assureur-maladie, afin que l'intimée puisse, sans violer la loi, le libérer du contrat les liant et que la situation préjudiciable dans laquelle il s'est enfoncé puisse prendre fin.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Confirme les décisions des 16 mars et 22 mai 2015.
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 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

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