RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2208/2006 **ATAS/66/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 25 janvier 2007

En la cause

Monsieur R_____, domicilié GENEVE recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, sis rue du Nord 5, MARTIGNY intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né le 1986, est affilié à MUTUEL ASSURANCES (ci-après : la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1er janvier 2004. C'est sa mère, Madame R_____, qui, le 5 novembre 2003, a signé une demande d'adhésion au nom de son fils.

2. Par courrier du 5 mai 2005, l'assuré a informé la caisse qu'il était sans ressources et sans activité car il poursuivait des études de pianiste classique. Il a sollicité de la caisse que sa franchise soit relevée au maximum afin que sa prime diminue le plus possible. Il a également demandé que les frais occasionnés par les différents rappels qui lui avaient été adressés soient annulés.

3. Par courrier du 5 juillet 2005, la caisse-maladie l'a informé que les personnes rencontrant des difficultés financières avaient la possibilité de demander une aide au paiement des cotisations et qu'il lui suffisait pour ce faire de s'adresser au service de l'assurance-maladie (SAM) et de demander à pouvoir bénéficier d'un subside. Afin de réduire sa prime mensuelle, la caisse lui a suggéré de modifier le montant de la franchise annuelle de son assurance obligatoire en lui précisant que cette modification ne pourrait être effective qu'au plus tôt le 1er janvier 2006.

4. Par courrier du 1er septembre 2005, l'assuré a répondu à la caisse-maladie qu'il se consacrait entièrement à ses études de pianiste, qu'il n'avait aucun revenu, que sa mère était malade et divorcée, sans autre ressources que l'aide de l'Hospice général. Il a assuré qu'il s'adresserait au SAM afin d'obtenir un subside.

5. La caisse-maladie a adressé à son assuré divers factures, rappels et sommations concernant les primes d'octobre à décembre 2005 :

-	facture n°056951786 du 29 août 2005 (octobre 2005) :	fr. 326,-
	1er rappel le 20 octobre 2005 :	fr. 5,-
	sommation le 17 novembre 2005 :	fr. 20,-
-	facture n° 056951787 du 29 août 2005 (novembre 2005) :	fr. 326,-
	1er rappel le 17 novembre 2005 :	fr. 5,-
	sommation le 22 décembre 2005 :	fr. 20,-
-	facture n° 056951788 du 29 août 2005 (décembre 2005) :	fr. 326,-
	1er rappel le 22 décembre 2005 :	fr. 5,-
	sommation le 19 janvier 2006 :	fr. 20,-

6. Par courrier du 4 octobre 2005, l'assuré a demandé la résiliation de son affiliation avec effet au 31 décembre 2005.

7. Par courrier adressé le 8 novembre 2005 à la caisse-maladie, l'assuré a fait remarquer que c'était sa mère qui avait contracté en son nom - alors qu'il était encore mineur - une assurance avec la caisse-maladie, qu'il ne s'était donc jamais personnellement engagé auprès de cette dernière et a refusé de payer les factures. Il a allégué que seule sa mère, c'est-à-dire son ancien "tuteur légal", était responsable du paiement des primes d'assurance.

8. Par courrier du 24 novembre 2005, la caisse-maladie a expliqué à l'intéressé qu'un un assuré qui atteint sa majorité est personnellement débiteur des primes de l'assurance conclue en sa faveur par son représentant légal. Il lui a par ailleurs été confirmé que sa démission serait effective à compter du 31 décembre 2005.

9. Le 17 février 2006, la caisse-maladie a déposé une réquisition de poursuite contre son assuré pour un montant total de 1'138 fr. (3 x 326.- + 60.- de frais de sommation + 30.- de frais d'ouverture de dossier + 70.- de frais de commandement de payer).

10. Le 17 mars 2006, un commandement de payer n°06 756019 A, a été notifié à l'assuré auquel il a fait opposition le 21 mars 2006.

11. Par décision du 30 mars 2006, la caisse a levé cette opposition.

12. Par courrier du 4 avril 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant n'avoir jamais pris d'engagement personnel envers la caisse.

13. Par décision sur opposition du 25 avril 2006, la caisse a confirmé sa décision de mainlevée.

14. Cette décision, notifiée par courrier recommandé, n'a pas été retirée par son destinataire. En conséquence, par courrier du 11 mai 2006, la caisse l'a renvoyée à l'assuré sous pli simple en précisant qu'il serait considéré qu'il avait été informé de son contenu en temps voulu.

15. Par courrier du 18 mai 2006 adressé à la caisse, l'assuré a réitéré sa position, à savoir qu'il n'a jamais demandé à adhérer à la caisse-maladie en question. Il a conclu en ces termes : "nonobstant ces précisions, comment pouvez-vous forcer un étudiant sans activité lucrative avec une mère divorcée entretenue par l'Hospice général qu'il vous payât plus de 300 fr. de prime mensuellement, cela après qu'il vous ait prévenu de sa situation ?".

16. En réponse à ce courrier, la caisse, par lettre du 24 mai 2006, a confirmé la position adoptée dans sa décision sur opposition du 25 avril 2006. Elle a précisé à l'assuré que s'il désirait maintenir son opposition, il lui était loisible de déposer un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

17. Par courrier daté du 27 mai 2006 et posté le 31 mai 2006, l'assuré a formellement interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il répète qu'il n'a jamais sollicité l'adhésion à la caisse-maladie intimée, qu'il est sans ressources et dans l'incapacité de payer les montants qu'on lui réclame.

18. Invité à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 13 juillet 2006, a conclu à l'irrecevabilité du recours pour cause de tardiveté, subsidiairement, à son rejet.

19. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 13 juillet 2006. L'assuré a une fois de plus fait valoir que puisque c'était sa mère qui avait contracté l'assurance en son nom, il ne s'estimait personnellement pas lié, raison pour laquelle il avait refusé de payer les primes de l'année 2005. Dans le même temps, il a indiqué qu'il ne contestait aucunement son affiliation à la caisse-maladie.

    L'assuré a expliqué qu'il s'était également refusé à demander des subsides pour cette année-là car ceux-ci ne s'élevaient qu'à 80 fr. au maximum et ne couvraient donc pas l'entier de la prime qui lui était réclamée.

    Il a été convenu avec l'assuré qu'il déposerait une demande de subsides auprès du SAM, que la possibilité d'un accord serait ensuite examinée avec la caisse. Un délai lui a été accordé pour procéder aux démarches nécessaires.

20. Par courrier du 24 août 2006, l'intimée a indiqué qu'il lui était impossible d'accéder à la requête de l'assuré d'augmenter rétroactivement sa franchise pour l'année 2005 car cela était contraire aux dispositions légales. Elle a cependant ajouté qu'elle était disposée à renoncer aux frais de poursuite et à permettre à l'assuré de s'acquitter des primes d'octobre à décembre 2005 en six mensualités, à condition qu'il dépose une demande de subside.

21. Par courrier du 29 août 2006, l'assuré, à qui il avait été demandé de prendre position sur cette proposition, s'y est opposé.

22. Sur ce, 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. 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. Se pose d'abord la question de la recevabilité du recours interjeté contre la décision du 25 avril 2006. En effet, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 al. 1 et 2 LPGA).

   Selon l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié du canton où la partie ou son représentant a son domicile ou son siège, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (al. 3).

   S'agissant d'un envoi recommandé, il est réputé notifié à la date à laquelle son destinataire le reçoit effectivement. Lorsque l'envoi n'est pas retiré dans le délai de garde de sept jours, il est réputé avoir été communiqué le dernier jour du délai (cf. ATF 117 V 131).

   L'art. 39 al. 1 LPGA prescrit que les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse.

   En l'espèce, la décision litigieuse a été expédiée une première fois en courrier recommandé au recourant, qui ne l'a pas retiré. Cependant, conformément à la jurisprudence applicable en la matière et rappelée ci-dessus, la décision est réputée avoir été notifiée le dernier jour du délai de garde de sept jours. La décision étant datée du 25 avril 2006, elle n'a pu être expédiée qu'au plus tôt ce jour-là et le délai de garde de sept jours n'a pu commencer à courir au plus tôt que le surlendemain, soit le 27 avril 2006. Il est donc venu à échéance le 26 mai 2006.

   Certes, ce n'est que par courrier posté le 31 mai 2006 que l'assuré a directement saisi le Tribunal de céans. Cependant, la caisse aurait dû considérer le courrier qu'il lui a adressé en date du 18 mai 2006 déjà, dans lequel il contestait sa décision, arguments à l'appui, comme un recours. La caisse aurait ainsi dû transmettre ce courrier au Tribunal de céans comme objet de sa compétence, ce qui n'a pas été fait.

Si l'on considère que ce courrier remplit par ailleurs les conditions de forme d'un recours, il a été interjeté en temps utile, certes, devant une autorité incompétente, mais qui aurait dû le transmettre à la juridiction compétente (cf. art. 60 LPGA).Il doit donc être déclaré recevable.

4. Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement de primes selon les art. 61ss. LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP) ou par celle de la compensation (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 d art. 4).

5. En l'espèce, le recourant ne conteste pas ne pas s'être acquitté des montants réclamés. Par ailleurs, ainsi que le lui a déjà expliqué l'intimée à plusieurs reprises, un assuré qui atteint sa majorité est personnellement débiteur des primes de l'assurance conclue en sa faveur par son représentant ou son tuteur légal et le contrat d'assurance obligatoire est valable même s'il a été signé en son temps par le représentant légal de l'assuré. La demande de résiliation d'assurance déposée par ce dernier ne pouvait prendre effet qu'au début de la prochaine période d'assurance, soit le 1er janvier 2006 au plus tôt. Jusque là, il restait affilié à l'intimée et redevable des primes. Si l'assuré souhaitait s'en départir plus tôt, il aurait dû le faire avant la fin de l'année 2004, possibilité dont il n'a pas usé.

   Il en ressort que les primes des mois d'octobre à décembre 2005 restent dues et que la caisse était incontestablement en droit de poursuivre le recourant pour les montant des primes impayées ainsi que pour les frais de poursuite et de sommation (ATF 125 V 276).

   En conséquence, le recours ne peut qu'être 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. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer, poursuite n°06 756019 A.

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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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 :
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