RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2481/2004 **ATAS/949/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 3 novembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, recourant

contre

AVENIR ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____ est assuré auprès de la caisse AVENIR, membre du GROUPE MUTUEL ASSURANCES (ci-après : la caisse) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins ainsi que pour une autre branche d'assurance-maladie et accident en vertu de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (assurance APEL). En 2004, le montant de ses primes mensuelles était de 322 fr. 70 au total.

2. Par courrier du 22 janvier 2004, l'assuré a avisé la caisse qu'il souhaitait suspendre son contrat d'assurance à compter du mois de février car il partait pour quelques mois en Afrique. Il expliquait qu'il serait pris en charge, sur place, par l'assurance familiale et qu'il reprendrait contact dès son retour (pièce 4 caisse).

3. Par courrier du 3 février 2004, la caisse lui a répondu que pour pouvoir enregistrer la résiliation de son contrat d'assurance, elle devait être en possession d'une attestation de sa commune de résidence confirmant son départ du territoire suisse.

4. Le 11 février 2004, la caisse a adressé à l'assuré un rappel concernant les primes dues pour le mois de février 2004.

5. Par courrier du 12 février 2004, l'assuré a répondu à la caisse qu'il ne souhaitait pas voir son assurance résiliée mais simplement suspendue durant la période de son séjour à l'étranger. Il a expliqué qu'il ne quittait pas définitivement la Suisse et que son voyage d'études ne durerait que quelques mois. Il a proposé de produire les cachets « entrée » et « sortie » de la police des frontières pour preuve de son séjour à l'étranger.

6. Par lettre du 11 mars 2004, l'assurance a informé l'intéressé que s'il souhaitait renoncer à l'assurance suisse, il lui fallait s'adresser à l'office cantonal compétent pour statuer sur les demandes d'exemption.

7. Des rappels et sommations pour primes impayées ont été expédiés à l'assuré les 12 mars, 14 avril, 12 mai, 14 juin et 15 juillet 2004.

8. Les 13 mai et 12 août 2004, deux réquisitions de poursuite ont été adressées par la caisse à l'Office des poursuites et faillites (OP).

9. Par commandement de payer n° 04 179986 L du 18 juin 2004, la caisse a requis le paiement d'un montant de 645 fr. 40 avec intérêt à 5% dès le 12 mai 2004 – somme représentant les primes d'assurance dues par l'intéressé pour la période de février et mars 2004 – ainsi que des montants de 40 et 30 fr. à titre, respectivement, de frais de sommation et de frais de dossier. Il a été formé opposition à ce commandement de payer.

10. Un second commandement de payer (n° 04 750194 V) a été notifié à l'assuré en date du 24 août 2004. Il portait sur des montants de 968 fr. 10 – à titre de primes dues pour les mois d'avril, mai et juin 2004 –, de 60 fr. de frais de sommation et de 30 fr. de frais de dossier. Là encore, il a été fait opposition.

11. Par décision du 11 août 2004, la caisse a levé l'opposition formée par l'intéressé au premier commandement de payer. Elle a établi le montant réclamé à 692 fr. 40 (645 fr. 40 de cotisations, 30 fr. de frais de dossier, 40 fr. de frais de sommation, déduction faite de 23 fr. d'annulation des primes LCA).

12. Par décision du 24 novembre 2004, la caisse a par ailleurs levé l'opposition formée par l'assuré au second commandement de payer. Elle a établi le montant réclamé à 1'023 fr. 60 (968 fr. 10 de cotisations, 30 fr. de frais de dossier, 60 fr. de frais de sommation, déduction faite de 34 fr. 50 d'annulation des primes LCA).

13. Par courrier du 4 décembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 11 août 2004. Il allègue avoir pris contact par téléphone avec l'agence genevoise de la caisse avant son départ pour l'Afrique. Il lui aurait alors été répondu qu'il devait informer la direction avant la fin du mois car tout mois entamé lui serait facturé. Le recourant se plaint de n'avoir pas reçu de la caisse des informations claires et soutient que ni la réponse du collaborateur par téléphone ni le courrier que lui a adressé la caisse en date du 3 février 2004 n'était de nature à l'éclairer : alors qu'il demandait une suspension de son assurance, on lui a fourni des informations sur les conditions de résiliation de son contrat. Il fait valoir que les collaborateurs de la caisse auraient dû lui proposer d'autres produits qui auraient pu convenir à sa situation. Il allègue avoir pris ses dispositions sur la base d'informations erronées et souligne par ailleurs avoir payé personnellement ses médicaments durant son absence alors qu'il aurait été plus avantageux pour lui de s'acquitter de sa cotisation mensuelle et de bénéficier du remboursement de ses médicaments.

14. Par courrier du 21 décembre 2004, l'assuré a en outre interjeté recours contre la décision du 24 novembre 2004, en faisant valoir les mêmes griefs que dans son premier recours.

15. Invitée à se prononcer, la caisse, dans sa réponse du 8 février 2005 au premier recours, a conclu au rejet de ce dernier. Elle a signalé que sur son site Internet, figure l'information qu'une suspension pure et simple de l'assurance obligatoire de soins n'est pas possible lors d'un transfert, même de courte durée, du domicile à l'étranger. Il y est également indiqué que si un assuré retire ses papiers de sa commune de domicile, il doit résilier son contrat d'assurance.

16. Par courrier du 17 février 2005, la caisse a en outre répondu au second recours. Elle a expressément requis la jonction des causes et pris les mêmes conclusions que précédemment.

17. Par courriers des 11 et 18 mars 2005, le recourant a fait remarquer que tous les assurés n'ont pas accès à Internet et que dès lors, la caisse ne saurait s'y référer comme moyen unique d'information. Il s'étonne qu'au lieu de lui adresser les explications qui figurent sur son site, la caisse lui en ait donné concernant la résiliation du contrat.

18. De son coté, la caisse a rappelé que l'assuré l'avait informée de son départ par courrier du 22 janvier 2004 alors qu'il quittait la Suisse le dimanche 25 janvier 2004 et qu'il ne pouvait dès lors prétendre avoir pris des dispositions sur la base des renseignements qui lui ont été fournis.

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'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence est dès lors établie pour connaître du présent litige.

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 est tenu de payer les primes réclamées pour l'assurance obligatoire des soins pour les mois de février et mars 2004.

5. A teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de la loi cantonale sur la procédure administrative (LPA), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites.

En l'espèce, les deux causes se rapportent effectivement à une même situation et opposent les mêmes parties, raison pour laquelle il se justifie de les joindre.

6. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile dans le pays.

   Cette obligation s'étend aux personnes qui, sans domicile en Suisse, y séjournent habituellement (art. 3 al. 3 let. a LAVS). Sont ainsi tenus de s'assurer, notamment, les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1921 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a de l'ordonnance du 27 juin 19995 sur l'assurance-maladie ; OAMal).

   La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 LAMal).

7. En l'espèce, l'assuré s'est établi à Genève pour y effectuer des études et fait donc partie du cercle des ressortissants étrangers ayant l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie.

8. L'art. 2 al. 2 OAMal prévoit cependant que peuvent notamment être exceptées de l'obligation de s'assurer, sur requête, les personnes obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit étranger, 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.

9. En l'occurrence, l'assuré n'a pas fourni d'attestation officielle le dispensant de l'obligation de s'assurer, de sorte qu'il est resté soumis à l'assurance obligatoire. Aucune suspension de la couverture d'assurance n'est prévue par la loi. Aussi est-ce à juste titre que la caisse lui a réclamé les primes des mois de février et mars 2004.

10. Reste à examiner si le recourant peut invoquer la protection de sa bonne foi et une violation par la caisse de son devoir de renseigner et de conseiller.

    L'art. 27 al. 1 LPGA impose en effet aux assureurs et à l'organe d'exécution de renseigner, dans les limites de leur domaine de compétence, les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Chacun a ainsi le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2).

En l'espèce, il a été admis qu'un renseignement inexact avait été donné dans la mesure où on a communiqué à l'assuré des informations relatives à la résiliation de l'assurance au lieu de lui répondre quant à la possibilité de suspendre ou non cette dernière.

Le recourant ne peut prétendre avoir été induit en erreur. Il ressort en effet clairement de la note manuscrite à laquelle il se réfère lui-même, apposée par la caisse sur l'une des pièces du dossier, que ce sont bien les rappels qui ont été suspendus dans l'attente de la décision du SAM. Si celle-ci avait été positive, l'assurance aurait alors pu être résiliée mais tel n'a pas été le cas.

Dès lors, la résiliation n'était plus possible qu'à la condition que l'assuré quitte le territoire. Compte tenu du fait qu'il aurait donc dû, quoi qu'il advienne, s'acquitter des primes relatives aux premiers mois de l'année, son dommage est moindre, puisqu'il se limite aux frais de rappel et de poursuite. Qui plus est, il n'existe pas de lien de causalité entre le renseignement qui lui a été fourni et ce dommage dans la mesure où, ainsi que le fait remarquer la caisse, l'assuré n'a pris contact avec elle qu'en date du 22 janvier 2004, soit deux jours à peine avant son départ, ce qui démontre que ce dernier n'était pas subordonné à la réponse que lui ferait la caisse.

En conséquence, l'argument invoqué par le recourant ne saurait le libérer de son obligation de paiement.

11. 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).

En l'espèce, la caisse était incontestablement en droit de poursuivre le recourant pour les montants des primes impayées ainsi que pour les frais de sommation (ATF 125 V 276 ; art. 8 des conditions d'assurance de l'intimée relatives à l'assurance selon la LAMal valable dès le 1er janvier 2000).

Quant aux montants dus, ils ne sont, en tant que tels, pas contestés. En conséquence, les recours ne peuvent qu'être rejetés.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Préalablement prononce la jonction des causes A/2481/2004 et A/2610/2004 sous cause n° A/2481/2004.

2. Déclare les recours recevables.

Au fond :

3. Les rejette.

4. Ordonne la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n°04 179986 L.

5. Ordonne la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n°04 750194 V.

6. Dit que la procédure est gratuite.

7. 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