REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2811/2006 **ATAS/1274/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 15 novembre 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , CHATELAINE recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, rue du Nord 5, MARTIGNY intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1983, est assuré auprès de MUTUEL ASSURANCES (ci-après : la caisse) depuis le 1er janvier 2000 pour l'assurance obligatoire des soins, risque accidents inclus (pces 2 à 8 caisse).

2. L'assuré a écrit à la caisse en date du 9 mars 2006 pour demander le remboursement de la part de prime accidents qu'il avait versée depuis le 1er septembre 2000. Il a expliqué que depuis cette date - correspondant à son entrée en fonction à la X_____ en qualité d'apprenti puis d'employé -, il avait été couvert obligatoirement contre le risque accidents. Il a produit à l'appui de ses dires une attestation de son employeur confirmant qu'il a été couvert pour les accidents professionnels et non professionnels selon les prescriptions de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) depuis le 28 août 2000 (pces 8 et 9 caisse).

3. Le 17 mars 2006, la caisse a informé l'assuré qu'elle ne pouvait donner une suite favorable à sa demande, celle-ci étant tardive. Elle lui a expliqué que la couverture du risque accidents ne pouvait être suspendue que pour le premier jour du mois qui suit la demande, soit en l'espèce le 1er avril 2006 (pce 10 caisse). Un nouveau certificat d'assurance a été établi à compter de cette date.

4. Revenant à la charge, l'assuré, reconnaissant que la caisse ne pouvait être au courant de sa situation professionnelle puisqu'il ne l'en avait pas informée, s'est fondé sur l'absence d'obligation de la caisse d'intervenir en cas d'accidents au vu de la couverture existant au sens de la LAA pour justifier sa demande de remboursement. Il a encore mentionné qu'aucune prescription ne s'appliquait pour un tel litige (courrier du 29 mai 2006; pce 11 caisse).

5. La caisse a précisé son point de vue dans une lettre du 12 juin 2006. Elle a mentionné que la législation applicable ne contraint nullement un assureur à suspendre la couverture accidents de façon rétroactive, ni ne permet à l'assuré de prétendre le remboursement des primes y relatives. Quant à la prescription, elle a relevé que dans le cas de remboursement de primes, elle était atteinte au plus tard 5 ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les primes avaient été payées. Elle a ajouté que l'assuré n'avait jamais protesté lorsque, chaque année, son certificat d'assurance lui avait été adressé, lequel mentionne la couverture du risque accidents. Au vu de l'ensemble de ces éléments, ainsi que du principe d'égalité de traitement entre tous les assurés, la caisse a refusé d'accéder à la demande de l'assuré.
6. Suite à nouvelle demande de l'assuré (pce 13 caisse), la caisse a rendu une décision formelle de refus de remboursement de la part des primes relatives à la couverture du risque accidents pour la période du 1er septembre 2000 au 31 mars 2006. En résumé, elle a rappelé que l'assuré ne l'avait pas informée, avant son courrier du 9 mars 2006, du fait qu'il était couvert pour le risque accidents par un assureur au

sens de la LAA. Il ne lui avait pas non plus adressé de demande écrite de suspension de la couverture du risque, de sorte qu'il ne pouvait y avoir suspension de ladite couverture avant le 1er avril 2006 (pce 14 caisse).

7. Statuant sur opposition, la caisse a confirmé sa décision par acte du 28 juillet 2006 (pce 15 caisse).

8. L'assuré interjette recours contre cette décision dont il requiert implicitement l'annulation. Il admet avoir commis une négligence en ne signalant pas à la caisse son affiliation auprès d'un assureur exerçant l'assurance-accidents au sens de la LAA. Il reconnaît que la caisse était légitimée à ne pas donner suite à la demande de remboursement mais ajoute qu'il espérait que cette dernière ferait un "geste", sous la forme d'un remboursement amiable, s'agissant d'un jeune assuré qui a de la peine à payer ses primes d'assurance mensuelles. Cela étant, il maintient que les primes ont été encaissées indûment par la caisse, la preuve de l'existence d'une couverture accidents ayant été rapportée a posteriori.

9. Dans sa réponse au recours, la caisse conclut au rejet de celui-ci et à la confirmation de sa décision sur opposition, au motif que la demande de suspension de la couverture du risque accidents est tardive. Dans l'hypothèse improbable où l'assuré aurait droit à un quelconque remboursement, elle ajoute que ce droit se prescrit dans un délai de 5 ans et que l'assuré ne peut se prévaloir de sa bonne foi, puisqu'il a reçu chaque année un certificat d'assurance mentionnant la couverture accidents pour laquelle des primes ont été prélevées.

10. Entendues lors d'une audience de comparution personnelle le 31 mai 2007, les parties s'en sont tenues à leurs conclusions. L'assuré a par ailleurs allégué avoir téléphoné à la caisse environ six mois après le début de son activité en tant que salarié pour l'informer qu'il était désormais assuré pour le risque accidents par son employeur. Pensant que cette information orale était suffisante, il aurait renoncé à la confirmer par écrit. Quant à la caisse, elle a fait savoir qu'elle envoie systématiquement à ses assurés, au moment où ceux-ci atteignent la majorité, un formulaire que ces derniers doivent renvoyer complété, faute de quoi une franchise donnée leur est appliquée et la couverture du risque accidents maintenue.

11. Suite à l'audience, la caisse a effectué des recherches et a informé le Tribunal de céans qu'elle n'était pas en mesure de fournir la preuve de l'envoi du formulaire pour assurés ayant atteint la majorité au recourant, seuls les formulaires reçus en retour ayant été archivés. Elle a tout de même produit la lettre et le formulaire types envoyés en août 2001, année au cours de laquelle l'assuré a accompli sa 18ème année. Pour le surplus, elle a confirmé ses conclusions (envoi du 14 juin 2007).

12. Copie de ce courrier et de ses annexes a été transmis à l'assuré, sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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) 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.

2. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la suspension de la couverture du risque accidents selon la LAMal peut avoir effet rétroactif et, cas échéant, si l'assuré peut prétendre le remboursement des primes y relatives.

5. Selon l'art. 1a LAMal, l'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (al. 1). Elle alloue notamment des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (al. 2 let. b).

   L'art. 1a al. 2 let. b LAMal est une règle de coordination qui instaure la fonction subsidiaire de l'assurance-maladie sociale, celle-ci pouvant être amenée à prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 [FF 1992 I 47] relatif à l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal). Celle-ci peut être l'assurance obligatoire selon la LAA ou une assurance-accidents privée (G. EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, n. 162).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAMal, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence. Les accidents sont couverts en vertu de la LAMal dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie (art. 8 al. 2 LAMal).

   La suspension de la couverture des accidents, prévue à l'art. 8 de la loi, a lieu sur demande écrite de l'assuré et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande (art. 11 al. 1 OAMal).

7. En l'espèce, il est constant que l'assuré a demandé, par écrit, à l' intimée la suspension de la couverture accidents le 9 mars 2006 seulement.

   Il a admis à plusieurs reprises avoir omis d'informer son assureur - sous quelque forme que ce soit - du fait qu'il était assuré obligatoirement en vertu de la LAA depuis le 28 août 2000. En effet, il ressort du premier courrier adressé à la caisse le 9 mars 2006 par un "gestionnaire" que le recourant n'a pas informé la caisse, ce qu'il a reconnu également dans son acte de recours. Les déclarations de l'intéressé en audience de comparution personnelle relatives à un téléphone au cours duquel il aurait porté à la connaissance de l'intimée - environ six mois après sa prise d'emploi - le fait qu'il était désormais assuré obligatoirement pour le risque accidents ne lui sont à ce propos d'aucune utilité. De telles déclarations orales - qui ne peuvent entrer en considération en l'espèce eu égard au fait qu'il convient de donner la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, tandis que les explications ultérieures peuvent avoir été, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c) - ne sont quoi qu'il en soit pas suffisantes pour permettre à l'assureur de suspendre la couverture du risque accidents, puisque l'art. 11 OAMal exige clairement une déclaration écrite de l'assurée ainsi que la production, par ce dernier, de la preuve de l'affiliation complète à un assureur pratiquant la LAA. Aucune de ces conditions n'ayant été remplie avant le 9 mars 2006, l' intimée n'était pas en droit de suspendre la couverture d'assurance litigieuse avant cette date.

8. a) Le recourant ne saurait par ailleurs se prévaloir de la prétendue information orale qu'il aurait donnée à l' intimée pour fonder une obligation de cette dernière en regard de la réglementation relative au principe de la bonne foi.

   b) Le principe de la bonne foi - qui découle directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale et vaut pour l'ensemble de l'activité étatique - protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Selon la jurisprudence, un renseignement ou une

décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636, et les références).

c) Or, in casu, il n'est de loin pas prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, que l'assuré aurait effectivement appelé l'intimée pour lui dire qu'il était couvert par un assureur-accidents pratiquant la LAA; cette omission a d'ailleurs été reconnue à de nombreuses reprises. Il n'est d'ailleurs pas même allégué que l'intimée aurait à cette occasion donné une information erronée au recourant en raison de laquelle il aurait renoncé à demander par écrit la suspension de la couverture du risque accidents. Quoi qu'il en soit, le recourant aurait pu se rendre immédiatement compte du caractère erroné d'une information à ce propos, dès lors qu'il était en possession des conditions générales d'assurances de l'intimée qui reprennent clairement le texte des art. 8 al. 1 LAMal et 11 OAMal.

En conséquence, un comportement contraire au principe de la bonne foi n'est pas reprochable à l'intimée.

9. Enfin, le recourant avance l'argument selon lequel il importe peu, en fin de compte, qu'il ait ou non demandé la suspension de la couverture du risque accidents plus tôt, car celle-ci doit être suspendue rétroactivement dès lors que la preuve a été apportée qu'il était assuré au sens de la LAA depuis le 28 août 2000.

   Suivre un tel raisonnement reviendrait à méconnaître le texte clair de la loi, qui énonce que la couverture d'accidents et suspendue lorsque l'assuré en fait la demande par écrit et apporte la preuve de son affiliation complète selon la LAA. Le vocable "lorsque" employé par le législateur est non équivoque et ne souffre aucune interprétation. Il s'agit d'un synonyme de "au moment où", "quand" ou encore "dès que". La version allemande de l'art. 8 al. 1 LAMal le confirme, puisqu'elle a recours au mot "wenn". Si le législateur avait voulu offrir la possibilité à l'assuré de requérir une suspension avec effet rétroactif, il l'aurait expressément mentionné dans la loi, ce qu'il n'a pas fait.

10. Il suit de tout ce qui précède qu'aucun élément ne permet de contraindre l'intimée à procéder à une suspension de la couverture du risque accidents avant le 1er avril

2006, 1er jour du mois qui a suivi la requête écrite, accompagnée de la preuve requise, de la suspension d'assurance.

En ces circonstances, la décision de l'intimé sera confirmée. Pour le surplus, la conclusion de recourant tendant à un arrangement "amiable" n'est pas recevable, la juridiction de céans appliquant le droit d'office.

Le recours sera donc rejeté dans la mesure où il est recevable.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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 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

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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