RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2883/2005 **ATAS/697/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 2 août 2006

En la cause

Monsieur V_____ recourant

contre

HELSANA SA, case postale, 1001 LAUSANNE intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur V_____ est arrivé en Suisse le 1er juillet 2000 et a déposé une demande d'asile le 14 septembre 2000. Dès son attribution au canton de Vaud en tant que requérant d'asile, en date du 22 septembre 2000, il a été pris en charge socialement et financièrement par la fondation FAREAS. Dans ce cadre, il a été affilié pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse-maladie CCS (contrat collectif) de septembre à décembre 2000, puis auprès de la caisse-maladie SUPRA (contrat collectif) pour l'année 2001 et enfin auprès de la caisse-maladie HELSANA (contrat collectif) du 1er janvier au 30 avril 2002.

2. En date du 7 mars 2002, l'assuré s'est marié avec une ressortissante suisse et a obtenu un permis B. Suite à l'obtention de ce permis, la compétence d'intervention financière et sociale de la FAREAS a pris fin au 30 avril 2002. Dès le 1er mai 2002, l'assuré a été transféré automatiquement du contrat collectif d'HELSANA à un contrat individuel.

3. Par courrier du 28 juin 2002, l'épouse de l'assuré a demandé à la caisse-maladie HELSANA (ci-après la caisse-maladie) des offres pour l'assurance obligatoire de soins ainsi que pour des assurances complémentaires.

4. De mai à décembre 2002, l'assuré a suivi des traitements médicaux et pharmaceutiques engendrant des frais.

5. Par courrier du 12 décembre 2002, la caisse-maladie a confirmé à son assuré que son dossier était annulé à la date de son inscription, soit dès le 1er mai 2002.

6. Par courrier du 5 mai 2003, la caisse-maladie a rappelé à son assuré que suite à son mariage, il était sorti, le 30 avril 2002, du champ de compétences de la FAREAS. Dès lors, il était automatiquement devenu assuré individuel auprès d'HELSANA depuis le 1er mai 2002. Ce n'était qu'à fin janvier 2003 que la caisse-maladie avait reçu une attestation d'assurance dès le 1er janvier 2003 auprès de la caisse-maladie PHILOS. Ainsi, l'assuré, qui avait été assuré chez elle jusqu'au 31 décembre 2002, était débiteur des primes des mois de mai à décembre 2002, ainsi que de la participation aux coûts des prestations dont il avait bénéficié pendant cette période.

7. Un commandement de payer, poursuite n° 03 211880 A, portant sur un montant de 2'680 fr. 60 + frais administratifs et de poursuites, a été notifié en date du 15 septembre 2003 à l'assuré, qui y a fait opposition.

8. Un second commandement de payer, poursuite n° 03 225718 J, portant sur un montant de 482 fr. 45 avec intérêts à 5% dès le 27 décembre 2002 + frais administratifs et de poursuites, a été notifié en date du 16 octobre 2003 à l'assuré, qui y a également fait opposition.

9. Par décision du 7 novembre 2003, la caisse-maladie a levé l'opposition de l'assuré au commandement de payer, poursuite n° 03 211880 A.

10. Par décision du 28 novembre 2003, la caisse-maladie a levé l'opposition de l'assuré au commandement de payer, poursuite n° 03 225718 J.

11. Par courrier du 8 décembre 2003, l'assuré, représenté par Maître BERTOSSA, a formé opposition à la décision du 7 novembre 2003, faisant valoir que dans la mesure où la caisse-maladie lui avait confirmé, par courrier du 12 décembre 2002, l'annulation de son dossier avec effet au 1er mai 2002, les primes d'assurance-maladie n'étaient pas dues.

12. Par courrier du 23 décembre 2003, l'assuré a, par l'intermédiaire de son avocat, formé opposition à la décision du 28 novembre 2003.

13. En date du 15 juin 2004, la caisse-maladie a rendu deux décisions sur opposition à l'attention de l'assuré, domicilié chez son avocat, par lesquelles elle confirmait ses décisions initiales et rejetait les oppositions.

14. L'assuré n'a pas recouru contre ces décisions et la caisse-maladie a obtenu en date du 8 octobre 2004 des attestations de non-recours du Tribunal cantonal des assurances sociales.

15. Par courrier du 29 juin 2005, rédigé en italien, l'assuré a saisi le Tribunal de céans.

16. Par courrier du 11 juillet 2005, complétant et traduisant son recours, il a soutenu ne pas devoir les primes 2002 de la caisse-maladie. Il a par ailleurs expliqué que son avocat avait bien reçu les décisions sur opposition du 15 juin 2004, qu'il lui avait fait parvenir en copie. Son avocat avait ainsi commis une faute professionnelle en n'interjetant pas recours contre ces deux décisions.

17. Par courrier du 11 juillet 2005 également, l'assuré a expliqué à la caisse-maladie qu'il avait demandé à Maître BERTOSSA pourquoi il n'avait pas recouru contre les décisions sur opposition.

18. Par courrier du 2 août 2005, la caisse-maladie a informé l'assuré qu'elle maintenait sa position et exigeait la continuation de la procédure de poursuite.

19. Deux procès-verbaux de saisie, valant actes de défaut de biens pour les montants de 2'909 fr. 70 et 717 fr. 60, ont été établis en date du 5 août 2005.

20. Par courrier du 14 août 2005, le recourant a transmis au Tribunal de céans un courrier de Maître BERTOSSA du 29 juillet 2005, informant l'assuré qu'il n'avait pas eu connaissance des deux décisions sur opposition du 15 juin 2004. Dès lors, soit ces décisions ne lui avaient jamais été notifiées, soit, pour des raisons qu'il ignorait, son étude ne les lui avait pas remises. Dans cette deuxième hypothèse, sa responsabilité était engagée si l'assuré subissait un dommage financier.

21. Sur demande de Maître BERTOSSA, la caisse-maladie a effectué des recherches auprès de la poste, pour déterminer si ses décisions sur opposition du 15 juin 2004 avaient bien été notifiées au conseil du recourant. Par courrier du 29 août 2005, la poste suisse a informé la caisse-maladie qu'aucune lettre portant le code-barre déclaré n'avait été notifiée à Maître BERTOSSA en date du 16 juin 2004.

22. Dans sa réponse au recours du 16 septembre 2005, la caisse-maladie a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir que les primes étaient dues ainsi que les frais médicaux mais que d'après les recherches effectuées auprès de la poste, une erreur avait été commise et l'enveloppe contenant les décisions sur opposition du 15 juin 2004 n'avait jamais été réceptionnée par Maître BERTOSSA, conseil du recourant. Néanmoins, l'assuré avait pris connaissance du contenu de ces décisions au plus tôt en janvier 2005, soit lors de sa visite du 24 janvier 2005 à l'Office des poursuites. En effet, lors de cette rencontre, la raison de la procédure de saisie en cours avait été probablement expliquée au recourant, de sorte que ce dernier avait dû avoir accès aux décisions litigieuses. Ainsi, la caisse-maladie considérait que ses décisions avaient été notifiées par ce biais. Dès lors, le recourant n'avait pas saisi le Tribunal compétent dans le délai légal de 30 jours dès la notification et partant, le recours devait être déclaré irrecevable. Si le Tribunal de céans devait néanmoins considérer cette notification comme irrégulière, l'intimée proposait que le tribunal entre en matière sur le fond, sans ordonner de nouvelle notification, procédure qui ne ferait que retarder la solution du litige puisqu'à l'évidence le recourant contestait lesdites décisions, alors que les primes et la participation aux frais médicaux étaient dues.

23. Par courrier du 19 octobre 2005, le recourant a sollicité une audience de comparution personnelle.

24. Par courrier du 15 novembre 2005, il a demandé l'intervention d'un interprète.

25. Une comparution personnelle des parties s'est tenue devant le Tribunal de céans en date du 23 novembre 2005.

    La caisse-maladie a confirmé que les deux décisions sur opposition du 15 juin 2004 n'avaient jamais été reçues par Maître BERTOSSA. Il s'agissait d'une

erreur de la poste. Comme ces décisions étaient entrées en force, elle avait obtenu des actes de défaut de biens pour le montant des primes et des participations impayées pour l'année 2002. S'agissant du courrier du 12 décembre 2002, les collaborateurs d'HELSANA Genève avaient commis une erreur car ils avaient cru qu'il existait deux assurés homonymes à la caisse-maladie, ce qui n'était pas le cas.

Le recourant a notamment déclaré qu'il contestait le bien-fondé des décisions dès lors qu'il n'avait jamais conclu de contrat. Il n'avait pas été affilié à une autre caisse-maladie pour la période de mai à décembre 2002. Pour sa part, il estimait que jusqu'au 28 novembre 2002, date de l'octroi de son permis B dans la canton de Genève, il appartenait à la FAREAS de prendre en charge ses primes d'assurance-maladie. De surcroît, HELSANA Genève lui avait confirmé en date du 12 décembre 2002 qu'elle annulait le dossier au 1er mai 2002.

26. Par courrier du 24 novembre 2005, le Tribunal de céans a demandé à l'intimée quelles étaient les conditions de prise en charge par la FAREAS des primes des requérants d'asile.

27. Par courrier du 3 décembre 2005, le recourant a exposé que les deux décisions sur opposition du 15 juin 2004 faisaient partie du dossier que Maître BERTOSSA lui avait remis en janvier 2005. La caisse-maladie, la poste et Maître BERTOSSA avaient ainsi tous fait de fausses déclarations.

28. Par courrier du 20 décembre 2005, le Tribunal de céans a demandé à la FAREAS à quelles conditions elle prenait en charge les primes des requérants d'asile.

29. Par courrier du 20 décembre 2005, l'intimée a relevé que les déclarations du recourant concernant la réception des décisions sur opposition par son avocat la laissait perplexe.

30. Par courrier du 24 janvier 2006, le recourant a suggéré que son avocat, qui avait bien réceptionné les décisions litigieuses, avait sans doute volontairement omis de recourir à leur encontre pour lui nuire. Heureusement, ces documents lui étaient parvenus par mégarde, par l'intermédiaire de la secrétaire de l'avocat, qui lui avait "consigné" le dossier, en janvier 2005, en présence de son épouse.

31. Par courrier du 6 février 2006, l'intimée a relevé que le recourant confirmait que les décisions sur opposition étaient parvenues à Maître BERTOSSA et que sa secrétaire les lui avaient remises. Dès lors, force était de conclure que lesdites décisions étaient entrées en force.

32. Par courrier du 16 février 2006, le recourant a fait part de son intention de recourir, si nécessaire, jusqu'à la Cour Européenne des Droits de l'Homme à Strasbourg.

33. Par courrier du 1er mars 2006, la FAREAS a informé le Tribunal de céans qu'elle prenait en charge les requérants d'asile (hébergement et assistance) jusqu'à leur retour dans leur pays ou dès l'obtention d'un permis B.

34. Par courrier du 20 mars 2006, l'intimée a précisé que son courrier du 12 décembre 2002 ne visait pas à libérer le recourant du paiement des primes dès le 1er mai 2002 - sans attestation d'un nouvel assureur, ce qui aurait été contraire au droit -, mais à confirmer à l'assuré qu'il sortait du contrat collectif dès le 1er mai 2002. Pour le surplus, elle a persisté dans les conclusions de sa réponse du 16 septembre 2005.

35. Par courrier du 21 mars 2006, le recourant a relevé que malgré ses nombreuses lettres pour obtenir des renseignements, ni la FAREAS, ni l'HELSANA, ni le canton de Vaud, ni le canton Genève, ni la Confédération ne l'avaient jamais averti des conditions de changement de contrat d'assurance.

36. Par courrier du 29 mai 2006, l'assuré a rappelé que l'intimée ne pouvait lui réclamer des cotisations alors qu'aucun contrat écrit ne les liaient.

37. Par courrier du 22 juin 2006, l'intimée a précisé quels étaient les montants encore dus dans le cadre des deux poursuites.

38. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-maladie. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). 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).

4. a) Il s'agit tout d'abord d'examiner la recevabilité du recours.

   b) Aux termes de l'art. 52 LPGA, les décisions de l'administration peuvent être attaquées dans le délai de 30 jours auprès de l'assureur qui les a rendues et qui va rendre une décision sur opposition. Cette décision sur opposition peut ensuite faire l'objet d'un recours déposé dans les 30 jours suivant la notification de celle-ci (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA) auprès du Tribunal compétent. Un délai légal ne peut en outre être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA). En effet la sécurité du droit exige que certains actes ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps. Un terme est ainsi mis aux possibilités de contestation de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (MOOR, Droit administratif, volume 2, Berne 1991, p. 181).

   Une restitution de délai peut cependant être accordée, de manière exceptionnelle, à condition que le requérant ou son mandataire ait été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé (art. 41 al. 1 LPGA) et pour autant qu'une demande de restitution motivée, indiquant la nature de l'empêchement, soit présentée dans les 10 jours à compter de celui où il a cessé. Il s'agit-là de dispositions impératives auxquelles il ne peut être dérogé ; aucun reproche ne doit en outre pouvoir être adressé au requérant pour ce retard. Par "empêchement non fautif", il faut entendre aussi bien l'impossibilité objective ou la force majeure que l'impossibilité due à des circonstances personnelles ou une erreur excusables. Ces circonstances doivent toutefois être appréciées objectivement. En définitive, il ne faut pas que l'on puisse reprocher au requérant une négligence (POUDRET, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire ad. art. 35 OJ, n° 2.3 ss; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, n° 151).

c) Une décision est valablement notifiée, lorsqu'elle est déposée à l'adresse du destinataire dans la boîte aux lettres. Il n'est pas nécessaire que ce dernier l'ait personnellement en main, encore moins qu'il en prenne effectivement connaissance (RCC 1984 p. 127).

Selon un principe général du droit des assurances sociales, les communications doivent être adressées au mandataire tant que la partie représentée ne révoque pas sa procuration. La notification à la seule partie représentée est irrégulière (ATF 99 V 182; RCC 1991 p. 393 consid. 2a, 1977 pp. 170 ss; RAMA 1986 n° U 6 p. 333 consid. 3b). En cas de notification irrégulière, il convient de se tenir aux règles de la bonne foi qui s'appliquent également dans le domaine de la procédure et qui imposent, dans tous les cas, une limite à l'invocation d'un vice de forme. La décision attachée d'une notification irrégulière n'est cependant pas nulle de plein droit, mais elle peut être encore déférée au juge dans un délai raisonnable, en dehors du délai légal de recours (ATF 111 V 149, 150 consid. 4c; 106 V 93, 97 consid. 2a; 104 V 167 consid. 3). Enfin, un justiciable doit se laisser opposer les erreurs commises par son mandataire ou ses auxiliaires (ATF 114 Ib 69 ss; 114 II 182; 107 Ia 169).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a; 122 I 100 consid. 3b; 114 III 53 consid. 3c et 4;103 V 65 consid. 2a). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi.

5. En l'occurrence, selon les informations de la poste, les deux décisions sur opposition de l'intimée, du 15 juin 2004, n'auraient pas été notifiées au conseil du recourant. Me BERTOSSA lui-même explique n'avoir pas pris connaissance desdites décisions. Dès lors, soit ces décisions ne lui ont jamais été notifiées, soit, pour des raisons qu'il ignore, son étude ne les lui a pas remises. Cependant, le recourant affirme à plusieurs reprises qu'en janvier 2005, la secrétaire de son avocat lui a remis - en présence de sa femme - l'entier de son dossier, qui contenait bel et bien les originaux des deux décisions sur opposition du 15 juin 2004. Il faut donc suivre les déclarations du recourant et tenir pour établi qu'il a eu connaissance desdites décisions en janvier 2005, sans qu'il soit nécessaire de déterminer par quel biais elles lui sont parvenues. En conséquence, le recours interjeté le 29 juin 2005 est tardif, aucun motif de restitution valable au sens de la loi n'ayant été invoqué. Partant, le recours doit être déclaré irrecevable pour cause de tardiveté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

1. Déclare le recours irrecevable pour cause de tardiveté.

2. 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).

Le greffier : La Présidente :

Walid BEN AMER Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Frédérique Glauser

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