RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3026/2006 **ATAS/1025/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 14 novembre 2006

En la cause

Monsieur R_____, domicilié au GRAND-LANCY	recourant
contre	
ARCOSANA SA, Droit & Compliance, sise Tribschenstrasse 21 à LUCERNE	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né le 1962, requérant d'asile, a été pris en charge par l'Hospice général depuis novembre 1994. Il a dans le cadre de cette assistance publique, été obligatoirement assuré pour le risque maladie - accidents auprès de la caisse ACCORDA, laquelle avait signé un contrat collectif avec l'Hospice général pour la prise en charge des requérants d'asile.

2. Ayant trouvé un emploi depuis le 1er avril 2003, l'intéressé a cessé de bénéficier du soutien de l'Hospice général.

3. Par courrier du 31 mars 2003, l'Hospice général l'a informé qu'il serait dorénavant affilié à titre individuel auprès de la caisse-maladie ACCORDA avec une franchise de 1'500 fr. Il a attiré son attention sur le fait qu'il avait la possibilité, d'ici au 31 décembre 2003, soit de rester affilié auprès d'ACCORDA sans changement, soit de faire modifier la franchise, soit de résilier l'assurance et de s'affilier auprès d'une autre caisse-maladie.

4. Par décision du 4 mai 2004, le Département fédéral de l'intérieur a retiré à ACCORDA l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie avec effet au 30 juin 2004, suite à un avis de surendettement émis par l'organe de révision de la caisse-maladie en 2003. Le Groupe CSS a repris les contrats d'assurance d'ACCORDA au 1er juillet 2004 en maintenant une couverture et des primes identiques. Les assurés en ont été informés par une circulaire datée de juin 2004. Dès le 1er janvier 2005, le portefeuille des anciens assurés d'ACCORDA a été transféré à ARCOSANA (ci-après l'intimée), nouvelle caisse-maladie fondée par le Groupe CSS. Par courrier du 22 septembre 2005, l'intimée s'est fait connaître auprès d'eux.

   Une police d'assurance a été établie le 5 juillet 2005 par l'intimée pour l'intéressé portant sur l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise annuelle de 1'500 fr., la prime mensuelle s'élevant à 325 fr.

5. L'intéressé ne s'est pas acquitté des primes d'assurance-maladie depuis le 1er janvier 2005.

6. L'intimée lui a fait notifier un commandement de payer N° 05. 238030 le 9 janvier 2006, portant sur le paiement des primes dues de juillet à décembre 2004 et de janvier à juillet 2005, pour un montant de 4'273 fr., avec intérêts à 5% depuis le 1er janvier 2005 et 60 fr. à titre de frais.

7. Par décision du 30 janvier 2006, l'intimée a levé l'opposition à la poursuite formée par l'intéressé.

8. Représenté par Maître Thierry STICHER, l'intéressé a formé opposition le 28 février 2006. Il relève qu'il n'a signé aucun contrat d'assurance avec l'intimée, et

qu'il n'a fait l'objet d'aucune affiliation d'office au sens de l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Il invoque dès lors l'art. 4 al. 1 LAMal qui lui permet de choisir librement sa caisse-maladie.

9. Parallèlement, il a résilié le 14 novembre 2005 son contrat d'assurance auprès de l'intimée avec effet au 31 décembre 2005.

10. Le 21 novembre 2005, celle-ci lui a signalé que la résiliation ne deviendrait effective que dès réception de la confirmation d'admission d'un nouvel assureur.

11. L'intéressé ne s'est pas manifesté.

12. Par décision du 25 juillet 2006, l'intimée a partiellement admis l'opposition, en ce sens que l'opposition au commandement de payer N° 05.238030 n'a été levée qu'à concurrence de 2'150 fr. 40. Elle a en effet constaté qu'elle n'était créancière des primes que depuis le 1er janvier 2005, date à laquelle le portefeuille des anciens assurés d'ACCORDA lui a été transféré. Elle a confirmé dès lors sa décision de mainlevée à concurrence des primes qui lui sont dues, soit celles de janvier à juillet 2005 pour un montant de 1'998 fr., plus intérêts à 5% du 1er avril 2005 au 28 février 2006 (intérêts moyens), soit la somme de 92 fr. 40, plus 60 fr. à titre de frais de poursuite.

13. L'intéressé a interjeté recours le 22 août 2006 contre ladite décision sur opposition. Il estime qu'aucun contrat ne le lie à l'intimée. Il relève par ailleurs qu'il n'a pas le droit de conclure un contrat avec une autre caisse-maladie, étant "barré" dans ses démarches par l'intimée. Il invoque enfin une violation de l'art. 81 al. 1 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite **(**LP) du fait que son opposition a été levée par l'intimée et non par un juge.

14. Dans sa réponse du 4 octobre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours.

15. Son courrier a été transmis à l'intéressé et la cause 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'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la 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-invalidité. 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, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur l'obligation pour l'intéressé de payer les primes d'assurance-maladie à l'intimée et, partant, sur son affiliation auprès de cette caisse.

6. Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAMal, "toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse".

7. L'intéressé affirme n'avoir jamais signé de contrat avec l'intimée et considère ainsi qu'il ne peut être affilié.

   Il y a cependant lieu de rappeler qu'en demandant l'assistance auprès de l'Hospice général en novembre 1994, l'intéressé a expressément autorisé cet office à l'assurer auprès d'une caisse-maladie. Il avait ainsi été affilié à ACCORDA dans le cadre de l'assurance collective conclue auprès de cette caisse-maladie par l'Hospice général. Lorsque l'intéressé est devenu indépendant financièrement et n'a plus eu à bénéficier de l'aide de l'Hospice général, il a été dûment informé, par courrier du 31 mars 2003, des possibilités qui se présentaient à lui, soit rester affilié auprès d'ACCORDA à titre individuel, soit résilier l'assurance et s'affilier auprès d'une caisse-maladie de son choix. Il résulte des pièces figurant dans le dossier que

l'intéressé n'a pas répondu à ce courrier. Il est ainsi resté assuré auprès d'ACCORDA, à titre individuel.

Lorsque les assurés d'ACCORDA ont été repris par le Groupe CSS en juillet 2004, puis par l'intimée en janvier 2005, ceux-ci ont été à chaque fois informés du transfert et de la possibilité de résilier leur contrat d'assurance. L'intéressé n'ayant pas réagi, il a reçu de l'intimée, le 5 juillet 2005, une police d'assurance valable à partir du 1er janvier 2005.

Force dès lors est de constater qu'il est bel et bien assuré auprès de l'intimée depuis le 1er janvier 2005.

9. L'intéressé considère que l'intimée l'empêche de conclure un nouveau contrat d'assurance. Il lui a en effet annoncé qu'il entendait résilier son contrat par courrier du 14 novembre 2005. Or, selon l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. C'est ainsi à juste titre, que l'intimée lui a demandé, à deux reprises, les 21 novembre 2005 et 24 février 2006, de lui faire parvenir l'attestation d'admission du nouvel assureur afin de confirmer sa résiliation.

   Ainsi, tant que l'intéressé ne prouvera pas qu'il a été admis par une nouvelle caisse-maladie, il restera assuré auprès de l'intimée, conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal.

10. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 28 juin 1995 – OAMal ; cf. chiffre 14.1 du règlement d'ARCOSANA).

    Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré – paiement des primes selon les art. 61ss LAMal et des participations financières selon l'art. 64 LAMal, de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations – par la voie de l'exécution forcée selon la LP ou par celle de la compensation (art. 90 al. 3 OAMal). Les décisions et les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (art. 88 al. 2 LAMal, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, art. 54 al. 2 LPGA dès le 1er janvier 2003 ; ATF 126 V 268 ss consid. 4a et les références). Dans ce cas, les frais administratifs sont mis à la charge de la personne assurée. En effet, selon la jurisprudence, il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (ATF 125 V 276, not. 277 consid. 2c/cc ; RAMA 2001 No KV 151 p. 117).

11. Il résulte des pieces du dossier que l'intéressé n'a pas payé les primes d'assurance-maladie dues à l'intimée de janvier à juillet 2005 malgré les rappels et mises en demeure. Il convient à cet égard de relever que c'est à juste titre que, par décision sur opposition du 25 juillet 2006, l'intimée a réduit sa prétention, dans la mesure où elle n'était pas en droit de réclamer à l'intéressé le paiement des primes dues de juillet à décembre 2004.

    Le Tribunal de céans constate en outre que la procédure de recouvrement a été rigoureusement respectée par l'intimée.

12. L'intéressé lui doit ainsi la somme de 2'275 fr. (325 fr. x 7), plus 60 fr. de frais administratifs, plus 104 fr. d'intérêts $\left(\frac{2275 \times 5 \times 330}{100 \times 360}\right)$ soit au total 2'439 fr.

    et non pas 1998 + 60 + 92,40 comme indiqué par erreur par l'intimée dans sa décision sur opposition.

    S'agissant des intérêts, ils s'élèvent pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA à 5% l'an (art. 90 al. 2 OAMal). Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (cf. art. 14 du règlement d'ARCOSANA). En l'occurrence, elles sont payables le 1er de chaque mois et portent intérêt dès cette date. Il y a lieu de retenir la durée moyenne pour laquelle les cotisations sont dues et de calculer les intérêts moratoires du 1er avril 2005 au 28 février 2006 (intérêts moyens), conformément aux conclusions de l'intimée.

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. Lève l'opposition au commandement de payer, poursuite N° 05. 238030, à concurrence de 2'275 fr. plus intérêts 104 fr., plus frais administratifs 60 fr.

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 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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