

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3096/2010

ATAS/559/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame H _____, domiciliée à Onex

recourante

contre

ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT, sise avenue C.-F.
Ramuz 70, 1009 Pully

intimée

et

SANAGATE SA, Droit et Compliance, sise Tribschenstrasse 21,
6000 Lucerne

appelée en
cause

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame H_____ est affiliée auprès de ASSURA (ci-après : la caisse-maladie) pour l'assurance de base, selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal) depuis 2004.
2. Par courrier du 13 octobre 2009, l'assurée a informé la caisse-maladie qu'elle souhaitait résilier son assurance de base pour le 31 décembre 2009.
3. Le 19 octobre 2009, la caisse-maladie en a pris bonne note et a attiré son attention sur le fait que son affiliation ne prendrait fin que lorsque le nouvel assureur lui aurait confirmé qu'il l'assure depuis le 1^{er} janvier 2010, et à la condition que ses primes ou participations aux coûts, ainsi que les éventuels intérêts moratoires et frais de poursuite, soient intégralement acquittés.
4. La caisse-maladie a réclamé à l'assurée les 17 février et 17 mars 2010 le paiement des primes d'assurances dues pour les mois de janvier, février et mars 2010.

Des rappels, ainsi qu'une mise en demeure LAMal, lui ont été adressés.

5. Un commandement de payer, poursuite n° 10784276 a été notifié le 21 mai 2010 à l'assurée pour un montant de 592 fr. 70, frais administratifs y compris. Celle-ci y a fait opposition le jour même.
6. Par courrier du 21 juin 2010 reçu le 25 juin 2010, l'assurée a adressé à la caisse-maladie une copie de sa nouvelle police d'assurance-maladie contractée auprès de SANAGATE, valable dès le 1^{er} janvier 2010, précisant que « ma nouvelle caisse vous a déjà notifié le changement. Mais vous avez dû égarer la lettre. ».
7. Par courriel du 6 juillet 2010, la caisse-maladie a sollicité de SANAGATE l'envoi d'une attestation d'assurance afin d'être en mesure de procéder à la résiliation du contrat. SANAGATE a confirmé le même jour que l'assurée était bel et bien assurée depuis le 1^{er} janvier 2010.
8. Le lendemain, la caisse-maladie en a pris bonne note, mais a procédé à la résiliation de l'assurance obligatoire des soins avec effet au 31 juillet 2010, au motif qu'elle n'avait reçu l'attestation que le 6 juillet 2010.
9. Par courrier du 26 juillet 2010 adressé à la caisse-maladie, SANAGATE a déclaré qu'elle affiliait l'assurée depuis le 1^{er} août 2010.
10. Par décision du 28 juillet 2010, confirmée le 12 août 2010, la caisse-maladie a levé l'opposition à hauteur du montant de 592 fr. 70, frais de poursuite non compris.

11. L'assurée a interjeté recours le 7 septembre 2010 contre ladite décision. Elle explique qu'elle s'est régulièrement acquittée de ses primes d'assurance-maladie auprès de son nouvel assureur depuis janvier 2010. Elle souligne que le 6 juin 2010, elle a renvoyé les bulletins de versement que ne cessait de lui adresser la caisse-maladie, avec la mention : « merci d'arrêter de me harceler, j'ai démissionné et ma nouvelle caisse a fait le changement ».
12. Dans sa réponse du 4 octobre 2010, la caisse-maladie a conclu au rejet du recours.
13. Par réplique du 8 octobre 2010, l'assurée a persisté dans ses conclusions et produit un courrier qu'elle avait adressé à SANAGATE le 5 août 2010, aux termes duquel elle s'inquiétait de ce que la caisse-maladie ait « annulé mon assurance chez vous pour la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 juillet 2010. Les démarches ont été faites correctement chez ASSURA, qui a accepté ma résiliation à la fin de l'année passée. ASSURA a reconnu, au téléphone malheureusement, ne pas avoir retrouvé votre lettre de libre passage chez vous. Vous acceptez un arrangement chez ASSURA sans me demander mon avis. En plus, au lieu de vous arranger avec ASSURA et de lui donner les primes que vous avez encaissées de janvier à juin, vous me laissez le soin de les payer et m'ouvrez un solde créditeur chez vous. Je ne peux pas être d'accord avec cette façon de procéder. Je veux continuer à payer mes primes chez vous jusqu'en décembre. Arrangez-vous avec ASSURA puisque vous acceptez leurs prétentions ».
14. Dans sa duplique du 22 octobre 2010, la caisse-maladie constate qu'elle n'a aucune trace dans son dossier d'un courrier reçu soit antérieurement au 15 juin 2010, soit postérieurement à la poursuite litigieuse, par lequel l'assurée indiquerait être affiliée auprès d'une autre caisse. Elle considère qu'il appartient à l'assurée de prendre contact avec sa nouvelle caisse-maladie afin que celle-ci lui rembourse les primes perçues pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2010.
15. Par ordonnance du 21 février 2011, la Cour de céans a appelé en cause SANAGATE SA.
16. Celle-ci a précisé par écriture du 22 mars 2011, qu' "en 2010, la prime mensuelle brute auprès de l'intimée était de 250 fr. 90 ; celle due à l'appelée en cause s'élevait à 259 fr. 90. Au bénéfice d'un subside de 70 fr., la recourante s'est acquittée auprès de l'appelée en cause d'une prime mensuelle de 189 fr. 90 en 2010. Compte tenu du report d'affiliation au 1^{er} août 2010, l'appelée en cause a compensé les primes versées entre janvier et juillet 2010 (7 mois à 189 fr. 90, soit 1'329 fr. 30) sur les factures de primes d'août à décembre 2010 (5 mois à 189 fr. 90, soit 949 fr. 50). Le solde de 379 fr. 80 a été reversé à la recourante".

Elle confirme enfin que c'est conformément à la jurisprudence qu'elle a reporté l'affiliation de la recourante au 1^{er} août 2010.

17. La caisse-maladie a également réclamé à l'assurée le paiement des primes d'assurances dues pour les mois d'avril à juin 2010, d'une part, et de juillet 2010, d'autre part.

Deux commandements de payer, poursuites n^{os} 10787497 et 10790988 ont ainsi été notifiés les 23 août et 17 novembre 2010 à l'assurée. Celle-ci a interjeté recours contre les décisions de la caisse-maladie levant l'opposition. Les recours ont été enregistrés sous les numéros de causes A/4133/2010 et A/421/2011.

Par ordonnance du 31 mars 2011, la Cour de céans a ordonné la jonction de ces deux causes avec la présente, sous le numéro A/3096/2010.

18. Le 20 avril 2010, l'assurée répète qu'elle entend payer ses primes d'assurance-maladie auprès de sa nouvelle assurance pour toute l'année 2010. Elle ne comprend pas pour quelle raison les deux caisses-maladie n'ont pas pu s'arranger entre elles. Elle considère que la caisse-maladie aurait pu s'inquiéter après avoir reçu sa lettre de démission de savoir pourquoi elle ne payait plus ses primes.

19. Par courrier du 24 mai 2011, la caisse-maladie a informé la Cour de céans qu'elle n'avait pas d'observation particulière à formuler.

20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en

constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la mainlevée des oppositions faites par l'assurée aux commandements de payer, poursuites n^{os} 10784276, 10787497 et 10790988, doit ou non être ordonnée.
5. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'ordonnance (OAMal), ils prévoient les personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer.
6. En l'espèce, il est constant que l'assurée, domiciliée en Suisse, est soumise à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'elle ne fait pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. Elle ne l'allègue d'ailleurs pas.
7. L'assurée a résilié son contrat d'assurance le 13 octobre 2009 avec effet au 31 décembre 2009. L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (art. 7 al. 5 LAMal). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (art. 7 al. 6 LAMal, nouvelle du 24 mars 2000).

A cet égard, il convient de rappeler que la loi ne règle pas le moment où le rapport d'assurance existant prend fin lorsque la communication du nouvel assureur selon l'art. 7 al. 5 LAMal intervient tardivement. Comblant cette lacune authentique, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en pareilles circonstances, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive parvient à

l'assureur précédent (ATF 127 V 41-42 consid. 4b/dd-ee ; arrêt du 15 juillet 2002, K 135/01).

8. Il appert de la partie en fait qui précède que SANAGATE n'a fait parvenir l'attestation à la caisse-maladie que le 6 juillet 2010. Il y a toutefois lieu de constater que la caisse-maladie avait déjà reçu copie de la nouvelle police d'assurance le 25 juin 2010, selon le timbre apposé sur le courrier du 21 juin 2010 que lui avait adressé l'assurée. C'est à cette date que la caisse-maladie avait connaissance du fait qu'il n'y avait pas d'interruption de la protection d'assurance pour l'assurée. L'affiliation auprès de la caisse-maladie peut dès lors intervenir au 30 juin 2010 déjà.
9. Il est vrai que l'assurée fait valoir qu'elle a informé la caisse-maladie qu'elle s'était assurée auprès d'une autre caisse le 6 juin 2010. Force est cependant de relever que l'assurée n'a pas produit de courrier daté du 6 juin 2010. Elle n'allègue quoi qu'il en soit pas qu'il contenait l'attestation de la nouvelle assurance. Dès lors, la date du 6 juin 2010 ne saurait être retenue.
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 OAMal).

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 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 ad art. 4).

11. Il est incontestable, en l'espèce, que la caisse est en droit de poursuivre le recourant pour le montant des primes impayées, ainsi que pour les frais de sommation (ATF 125 V 276 ; art 15 et 17 des Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins de l'intimée). Quant au montant dû, il n'est, comme tel, pas contesté.
12. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les rejettent.
3. Ordonne la mainlevée des oppositions faites par l'assurée aux commandements de payer, poursuites n^{os} :
 - 10784276 à concurrence de 592 fr. 70, frais administratifs y compris,
 - 10787497 à concurrence de 592 fr. 70, frais administratifs y compris,
 - 10790988 à concurrence de 220 fr. 90, frais administratifs y compris.
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 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 ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
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