

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3362/2011

ATAS/1163/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame R_____, domiciliée à La Roche-sur-Foron, France

recourante

contre

CSS ASSURANCES, agence de Genève, sise rue du Marché 11,
1204 Genève

intimée

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

EN FAIT

1. Madame R_____, née en 1949, était assurée auprès d'AUXILIA ASSURANCES MALADIE SA pour l'assurance-maladie obligatoire des soins.

Le 5 janvier 2007, l'intéressée a informé AUXILIA du fait qu'elle s'était mariée et a communiqué sa nouvelle adresse à La Roche-sur-Foron en France.

Le 27 décembre 2007, AUXILIA lui a signalé que son contrat allait être résilié au 31 décembre 2006, du fait qu'elle avait quitté le territoire suisse.

Le 20 février 2008, l'intéressée ayant déclaré qu'elle souhaitait rester assurée, AUXILIA lui a expliqué qu'elle devait transmettre le dossier à l'agence CSS de Genève, elle-même ne pratiquant pas l'assurance-maladie pour les personnes résidant à l'étranger. Elle constate par ailleurs que l'intéressée ne s'est pas acquittée de toutes ses primes d'assurance-maladie, en particulier pour l'année 2006, et l'invite à se mettre à jour dans les plus brefs délais.

La CSS a transmis à l'intéressée une proposition d'assurance rétroactive au 1^{er} janvier 2008, conformément aux accords de libre-circulation. Les primes prévues, compte tenu d'une franchise de 300 fr., sont de 540 fr. par mois pour l'année 2008, 570 fr. par mois pour l'année 2009, 630 fr. par mois pour l'année 2010 et 720 fr. par mois pour l'année 2011.

2. Le 14 mars 2008, AUXILIA a confirmé qu'elle mettait un terme à sa couverture d'assurance au 31 décembre 2007 et a à nouveau attiré son attention sur un solde de primes resté impayé.
3. Par courrier du 14 novembre 2010, l'intéressée a informé la CSS qu'elle entendait résilier l'assurance obligatoire des soins au 31 décembre 2010.
4. Le 15 février 2011, la CSS lui a rappelé qu'une résiliation ne pouvait être admise que lorsque les primes ou participations aux coûts arriérées seraient acquittées.
5. Le 20 novembre 2008, Madame S_____, juriste à la PERMANENCE JURIDIQUE DE L'ASSURANCE-MALADIE / ACCIDENTS, mandatée par l'intéressée, a rappelé à AUXILIA que l'intéressée avait effectué les paiements suivants auprès d'elle, soit 400 fr. 40 le 7 janvier 2008, 396 fr. 60 les 30 janvier, 10 mars et 7 avril 2008, et 39 fr. 85 le 7 avril 2008.
6. Le 18 octobre 2010, Monsieur R_____, fils de l'intéressée, s'est adressé à la CSS, indiquant que

"l'intéressée vous a envoyé de nombreux courriers relatifs à son dossier qui restent à ce jour sans réponse ou auxquels les réponses ne correspondent pas aux questions.

Vous avez fait *l'intéressée* changer de caisse-maladie (de votre groupe) à plusieurs reprises et pour des raisons qui restent très floues. Depuis, nous soupçonnons votre comptabilité de ne pas avoir suivi ces divers changements, puisque vous réclamez des sommes de plusieurs milliers de francs. Vous avez également bloqué la carte d'assurée de *l'intéressée* et avez bloqué tous les remboursements qui lui sont dus, et ce malgré des paiements réguliers. (...) Je vous somme donc de prendre contact avec moi-même dans les plus brefs délais, afin de prendre un rendez-vous dans les trente jours avec *l'intéressée* et moi-même, afin de trouver une solution à ce problème. (...) Si aucune solution n'est trouvée dans les trente jours, je m'occuperai personnellement et au nom de *l'intéressée* de déposer des plaintes à l'encontre du groupe CSS, ainsi que de diffuser les communiqués de presse complets aux divers médias."

7. En réponse à ce courrier, la CSS a rappelé que le contrat de *l'intéressée* avait été adapté selon les accords bilatéraux et sous l'assurance CSS, en lieu et place d'AUXILIA ne pouvant pas proposer ce genre de contrat, de sorte qu'aucun autre changement de caisse n'est intervenu, seule la prime a été adaptée en fonction de l'évolution des coûts.
8. Dans sa réponse du 17 novembre 2010, la CSS a constaté qu'aucune décision formelle n'a été réclamée par *l'intéressée*, conformément à l'art. 49 LPGA. Sur le fond, elle relève que dans la mesure où *l'intéressée* est domiciliée en France et qu'elle souhaite rester assurée dans l'assurance obligatoire des soins, elle n'a d'autre choix que d'être placée dans le contrat "bilatéral France" du groupe CSS. Enfin, si elle souhaite résilier son contrat d'assurance, elle peut le faire pour autant que l'intégralité des primes ait été versée.
9. Le 16 décembre 2010, la CSS accuse réception de sa lettre de résiliation du 20 novembre 2010 et attire son attention sur le fait que l'assurée qui n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérés, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite à l'échéance du délai de résiliation, ne peut pas changer d'assureur avant le prochain terme légal possible.
10. Le 15 février 2011, la caisse-maladie, constatant que *l'intéressée* avait encore des arriérés de paiement au 31 décembre 2010 pour la CSS, a indiqué que l'assurance obligatoire des soins ne pouvait pas être résiliée.
11. Le 28 février 2011, le fils de *l'intéressée* a demandé à la CSS de lui faire parvenir un décompte des sommes dues, avec une explication détaillée permettant de comprendre sur quelles primes elles portaient et un décompte des sommes à rembourser par la CSS, avec une explication détaillée permettant de comprendre quelles factures étaient visées, et d'accepter la résiliation avec effet rétroactif au 31 décembre 2010.

12. Le 24 mai 2011, la CSS a répété que l'intéressée était titulaire d'un contrat d'assurance-maladie de base dit "bilatéral" depuis le 1^{er} janvier 2008, au bénéfice de l'accord sur la libre circulation des personnes, vu son domicile en France, que la résiliation du 14 novembre 2010 ne pouvait être acceptée au motif qu'elle était en retard dans l'acquittement des primes et quotes-parts, enfin qu'aucune facture n'était dans l'attente d'un remboursement.
13. Le 13 juin 2011, l'intéressée a annoncé qu'elle s'opposerait à cette prise de position auprès des tribunaux et qu'elle entendait invoquer notamment le déni de justice.
14. L'intéressée a saisi la Cour de céans le 20 octobre 2011. Elle explique en substance que plusieurs des courriers écrits à la CSS sont restés sans réponse, qu'il appert que les primes qu'elle a versées à AUXILIA ne sont pas parvenues à la CSS, ce qui expliquerait que cette dernière lui réclame encore le paiement de primes. Elle conclut à ce que la résiliation de son assurance au 31 décembre 2010 soit validée, à ce qu'il soit ordonné à la CSS de lui verser toutes les sommes d'argent qui lui sont dues, et de lui faire parvenir le détail des sommes réclamées afin qu'elle puisse soit payer, soit fournir un justificatif de paiement.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

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).
3. Selon l'art. 49 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. Ces décisions doivent être dûment motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties et indiquer les voies de droit (art. 49 al. 3 LPGA) ;

Aux termes de l'art. 56 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), la voie de recours est ouverte contre les décisions sur opposition et celles qui ne peuvent pas être contestées par la voie d'opposition.

4. Force est de constater qu'en l'espèce, la CSS n'a rendu aucune décision. Un "recours", tel que celui déposé par l'intéressée le 20 octobre 2011, ne peut dès lors être déclaré qu'irrecevable.
5. Il appartient cependant à la CSS de rendre sans tarder une décision formelle à l'intéressée, décision que celle-ci pourra alors le cas échéant contester par la voie de l'opposition.

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

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Invite l'intimée à rendre sans tarder une décision formelle sujette à opposition.
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 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

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