RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/4048/2005** **ATAS/653/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 1

## du 11 juillet 06

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur B_____ | recourant |
| contre | |
| GROUPE MUTUEL ASSURANCES, sis rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY | intimé |

---

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,**
**Mmes Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI, Juges**

---

## EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré) et la compagnie d'assurance maladie GROUPE MUTEL ASSURANCES [anciennement FUTURA] (ci-après l'assureur maladie) ont été liés par un contrat d'assurance obligatoire de soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) portant le numéro 228358.

2. Selon l'art. 12 al. 2 let. a des Conditions générales de l'assurance (CGA) (édition 2004), passé l'échéance des primes, franchises et quotes-parts, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire, des frais de rappel, des frais de sommation ainsi que des frais administratifs. Cette disposition prévoit en son alinéa 3 que l'encaissement des primes s'effectue mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

   Selon le certificat d'assurance, le paiement des primes obligatoires de soins pour l'année 2004 (plus exactement du 1er février au 31 décembre 2004) est mensuel. Leur montant est de 364 fr. 20, dont 14 fr. 80 de risque accidents, avec une franchise annuelle de 400 fr. Après déduction des 1 fr. 20 de taxes fédérales, le montant mensuel dû est de 363 fr. 40.

3. Par lettre du 31 mars 2004, l'assuré a fait part à l'assureur maladie de son intention de résilier son contrat d'assurance, avec effet au 30 juin 2004.

4. Par courrier du 6 avril 2004, l'assureur maladie a précisé à l'assuré que sa résiliation ne pouvait être effective qu'à compter du 31 décembre 2004, puisqu'aux termes de la loi la résiliation d'une assurance maladie avec franchise à option ne pouvait intervenir, un an au plus tôt après adhésion, que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois. Une attestation d'assurance du nouvel assureur devait en outre lui être fournie.

5. L'assureur maladie a envoyé une nouvelle lettre à l'assuré au contenu similaire le 9 août 2004.

6. Le 30 septembre 2004, après réception de l'attestation d'assurance du nouvel assureur pour le 1er janvier 2005, l'assureur maladie a confirmé enregistrer la résiliation pour le 31 décembre 2004.

7. Faisant suite à la réquisition de poursuite de l'assureur maladie du 15 février 2005, l'Office des poursuites de Genève a établi un commandement de payer, poursuite N° 05 753544 X, notifié à l'assuré le 21 juin 2005, pour les montants suivants : 100 fr. (frais de sommation), 30 fr. (frais d'ouverture de dossier) et 2'343 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 15 février 2005, représentant des frais de participation (163 fr. 15), les primes de juillet à octobre 2004 (1'456 fr. 80), la prime de

novembre 2004 (364 fr. 20) et la prime de décembre 2004 (364 fr. 20), moins 4 fr. 80 (montant encaissé).

L'assuré a fait opposition en date du 23 juin 2005.

8. Par courrier LSI du 15 juillet 2005, puis sous pli simple du 10 août 2005, l'assureur maladie a levé cette opposition, précisant que l'état de la poursuite était arrêté au montant de 2'473 fr. 55, soit le montant des cotisations dues (2'180 fr. 40) portant intérêt à 5%, les frais de participation (163 fr. 15), les frais d'ouverture de dossier (30 fr.) et les frais de sommation (100 fr.).

9. Le 15 août 2005, l'assuré a formé opposition à la mainlevée au motif qu'un refus de l'assurance de modifier sa franchise l'avait amené à mettre un terme au contrat pour le 30 juin 2004 et à contracter avec un nouvel assureur. Il proposait parallèlement à l'assureur de payer 100 fr. par mois vu sa situation financière.

10. Par lettre du 27 septembre 2005, l'assureur a confirmé les termes de ses précédents courriers expliquant l'échéance du contrat au 31 décembre 2005, sans répondre à la proposition de règlement de l'assuré.

11. Par pli LSI du 14 octobre 2005, puis par pli simple du 26 octobre 2005, l'assureur a rendu une décision sur opposition informant l'assuré qu'il n'était pas en mesure d'accepter son plan de paiement et qu'il maintenait ses procédures de recouvrement pour le total de 2'473 fr. 55.

12. En date du 14 novembre 2005, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal) contre la décision sur opposition, concluant à une décision définitive concernant l'opposition à la mainlevée prononcée par l'assureur. Il invoque la résiliation du contrat au 20 juin 2005 et les primes excessives liées au changement d'assurance collective en assurance privée.

    Il n'a déposé aucune pièce à l'appui de son recours.

13. Par réponse du 20 janvier 2006, l'assureur a conclu au rejet du recours de l'assuré et à la confirmation de sa décision sur opposition. Il reprend en substance les arguments déjà développés dans les courriers envoyés à l'assuré.

14. Le Tribunal a tenu audience le 4 juillet 2006 pour une comparution des parties, au cours de laquelle seul l'assureur s'est présenté. La cause a été 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 fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (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 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). Le présent litige se rapportant à la résiliation de l'assuré, et ses conséquences, pour l'année 2004, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

   Interjeté par le recourant le 14 novembre 2005 contre la décision sur opposition de l'intimée du 14 octobre 2005, dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable (56 et 60 LPGA).

4. Est litigieuse la question de savoir si le recourant pouvait résilier valablement son assurance au 30 juin 2004 ou seulement au 31 décembre 2004, comme le soutient l'intimée.

   Aux termes de l'art. 7 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 janvier 2003 (dans son état au 28 janvier 2003), relatif au changement d'assureur, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

L'art. 64 al. 2 let. a LAMal, relative à la participation aux coûts, stipule que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient et que leur participation comprend un montant fixe par année (franchise). L'art. 103 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995 prévoit que cette franchise s'élève à 300 francs par année civile dès le 1er janvier 2004 (modification du 6 juin 2003).

L'art. 93 OAMal consacre l'assurance avec franchise à option, selon laquelle (al. 1) les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à son art. 103 al. 1. Pour 2004, les franchises à option s'élèvent pour les adultes à 400, 600, 1200 et 1500 francs. Pour ce type d'assurance, l'art. 94 al. 2 OAMal limite le changement d'assureur à la fin de l'année civile et déroge donc à la règle générale de l'art. 7 al. 1 LAMal, mais le préavis doit cependant respecter celui prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 LAMal. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de constater que cette dérogation ne dépassait pas le cadre de la délégation de l'art. 62 al. 2 LAMal (RAMA 1998 KV 39 p. 375).

Les conditions générales de l'assureur de soins ne dérogent pas aux dispositions précitées.

5. Dans le cas d'espèce, le recourant a conclu avec l'intimée une assurance avec franchise à option de 400 fr. par an. Le changement d'assureur était donc possible pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois, conformément à l'art. 94 al. 2 OAMal. Le recourant ne pouvait résilier son contrat que pour le 31 décembre 2004, fin de l'année civile, compte tenu de son préavis du 31 mars 2004, largement respectueux des trois mois requis. L'échéance du contrat au 31 décembre 2004 a eu pour conséquence de maintenir les obligations réciproques des cocontractants jusqu'à cette date.

6. 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 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 loi sur les poursuites, après sommation (art. 90 a. 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.

7. Il reste à examiner le bien-fondé des montants faisant l'objet de la mainlevée.

En ce qui concerne les frais de sommation et d'ouverture du dossier, la jurisprudence a consacré le droit pour un assureur-maladie de réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais (qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter) soient imputables à une faute de l'intéressé. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés. Cette pratique vaut également depuis l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF non publié du 5 juillet 2004 no K 21/04 consid.3; RAMA 2004 KV 306 p. 463; ATF 125 V 276 consid. 2c). Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (art. 68 LP; consid. 2b de l'arrêt ATF 125 précité, publié dans la RAMA 1999 n° K 88 p. 442). L'art. 90 al. 5 OAMal, entré en vigueur au 1er janvier 2006 consacre d'ailleurs cette pratique.

Dans le cas d'espèce, l'art. 12 al. 2 let. a CGA prévoit la perception d'un intérêt moratoire, des frais de rappel, des frais de sommation ainsi que des frais administratifs causés par le retard de l'assuré dans le versement des primes ou la participation aux coûts. En outre, l'intimée a été contrainte d'adresser des rappels à l'assuré, alors qu'elle lui avait exposé clairement la situation juridique. Les frais de sommation de 100 fr. et d'ouverture de dossier de 30 fr., compris comme ouverture du dossier contentieux, seront confirmés.

Le reste des montants réclamés, à savoir 2'343 fr. 55, représentant 163 fr. 15 (frais de participation), 1'456 fr. 80 (total des primes de juillet à octobre 2004 ), 364 fr. 20 (prime de novembre 2004) et 364 fr. 20 (prime de décembre 2004), moins 4 fr. 80 (montant encaissé) sont dûment attestés par pièces et seront confirmés.

8. En ce qui concerne les intérêts moratoires, l'art. 90 al. 2 OAMal précise qu'ils s'élèvent à 5% l'an pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA. Les primes sont payables d'avance à l'échéance indiquée sur la facture (art. 12 al. 2 let. a CGA).

En l'occurrence, l'intimée réclame un intérêt moratoire de 5% dès le 15 février 2005, jour de sa réquisition de poursuite, soit au-delà de l'échéance des primes et participation réclamées, échues au 31 octobre 2004, à l'exception de la participation de 24 fr. 95 échue au 30 novembre 2004, de sorte qu'il y a lieu de confirmer ce point également.

En conclusion, l'intimé était incontestablement en droit de poursuivre le recourant pour le montant des primes, des participations et des frais de sommation et d'ouverture de dossier, de sorte que le recours est rejeté.

**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. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition formée par Monsieur B_____ au commandement de payer, poursuite N° 05 753544 X, à due concurrence.

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 |

La secrétaire-juriste : Sandrine TORNARE

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