

# **GE\_GERICHTE ATAS/548/2020 vom 29. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_548\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_548_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/548/2020 du 29 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/548/2020 del 29 giugno 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 LAMal. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 1\_\_\_\_\_ X, et plus particulièrement sur la date à laquelle le rapport d'assurance avec l'intimée a pris fin. Les parties sont arrivées à un accord s'agissant des primes pour les mois d'avril à juin 2018, de sorte que le recours se limite aux primes dues pour les mois d'octobre à décembre 2017. Pour des questions pratiques, la chambre de céans ordonnera toutefois la disjonction des causes A/3454/2018 et A/1812/2019 et un arrêt portant spécifiquement sur la question de la mainlevée de l'opposition au commandement de payer 5\_\_\_\_\_ E, sera notifié aux parties.

### **E. 4**

a. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. b. L'art. 7 LAMal règle les conditions auxquelles un assuré peut changer d'assureur. Par sa nature et ses effets, la possibilité de changer d'assureur prévue à l'art. 7 LAMal s'apparente à une résiliation. La jurisprudence distingue la résiliation ordinaire, intervenant dans les trois mois précédant la fin d'un semestre d'année civile (art. 7 al. 1 LAMal), de la résiliation extraordinaire, qui peut intervenir dans des délais plus courts (ATF 126 V 480 consid. 2c; 124 V 333 consid. 2a et 2b). S'y ajoutent encore les cas de résiliation forcée suite au déplacement du domicile ou au changement d'employeur (art. 7 al. 3 LAMal). b/aa. En principe, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 al. 1 LAMal). Toutefois, en cas d'augmentation de prime, l'assuré peut résilier le contrat dans un délai échéant à la fin du mois qui précède d'un mois la validité de la nouvelle prime (art. 7 al. 2 LaMal). Seule une augmentation du montant fixé par l'assureur dans le tarif soumis à l'approbation de l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) constitue une augmentation de la prime au

sens de cette disposition

A/3454/2018 - 10/20 - (RAMA 1999 188 consid. 1c). En d'autres termes, une augmentation de prime qui ne découle pas d'une modification du tarif des primes soumis à l'approbation de l'OFAS, mais qui résulte d'un autre motif, n'autorise pas les intéressés à changer d'assureur dans le délai prévu à l'art. 7 al. 2 LAMal (RAMA 1999 188 consid. 1d; cf. ég. EUGSTER, KVG, 2010, ad art. 7, no 3). N'ont ainsi pas été considérées comme des adaptations de primes au sens de l'art. 7 al. 2 LAMal, la modification d'une prime suite au changement du lieu de résidence de l'assuré (RAMA 199 188 consid. 1d), à certaines conditions la modification de la prime en raison du passage à l'âge adulte ou encore l'augmentation de la prime suite à la suppression des subsides de l'assurance-maladie (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018, n° 3 ad Art. 7). S'agissant plus particulièrement de ce dernier point, le Tribunal fédéral des assurances a considéré, dans son arrêt K 45/02 du 7 janvier 2003 consid. 3.1.2, que la suppression du subside ne modifiait pas en soi le tarif fixé par l'assureur-maladie et approuvé par le Conseil fédéral (art. 61, al. 1 et 4 LAMal), lequel devait en réalité être considéré comme la prime au sens de l'art. 7 al. 2 LAMal. b/bb. L'art. 7 al. 3 LAMal prévoit, quant à lui, que si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur. Dans son Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a précisé, s'agissant de l'art. 7 al. 3 LAMal que lorsqu'un assuré était notamment obligé de quitter un assureur en vertu d'un contrat de travail qui stipulait l'adhésion à une caisse d'entreprise, les délais et termes de l'alinéa 1 n'avaient pas besoin d'être observés. Dans ces cas, l'affiliation prenait fin lors de la prise d'emploi. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de confirmer ce qui précède dans son arrêt K 36/01 du 13 décembre 2001, en tant qu'il a considéré qu'un rapport d'assurance pouvait notamment prendre fin en cours d'année civile si la personne assurée devait mettre fin à la relation d'assurance avec l'assureur précédent parce qu'un nouvel employeur prévoyait d'adhérer à un assureur particulier (art. 7 al. 3 LAMal). Enfin, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a précisé dans un courrier du 15 septembre 2014, que selon lui, l'art. 7 al. 3 LAMal devait être interprété de manière restrictive et qu'en l'absence d'une réelle obligation contractuelle découlant du contrat de travail, à laquelle l'employé aurait consenti dans une annexe au contrat de travail, le droit de changer d'assureur hors des délais fixés par la loi n'était pas donné. En résumé, l'art. 7 al. 3 LAMal vise le cas d'un assuré, qui est obligé, de par son contrat de travail, de s'affilier à un assureur en particulier (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 200). c. Selon l'art. 7 al. 5 LAMal, 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

A/3454/2018 - 11/20 - 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. d. Selon l'art. 7 al. 6 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. L'assureur est responsable, selon la disposition précitée, des dommages résultant de la faute de ses employés, d'une organisation commerciale inappropriée ou de toute autre

carence dont il est responsable dans l'exécution de l'assurance-maladie obligatoire. Tout dommage effectif et suffisamment causal est décisif pour l'évaluation de l'obligation d'indemnisation. En particulier, l'assureur fautif doit rembourser la différence à une prime inférieure du nouvel assureur (art. 7 al. 6 deuxième phrase LAMal; voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.2.2) e. En cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire de soins, une double assurance est exclue, dès lors que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur ne peut débiter que lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4). L'établissement d'une nouvelle relation d'assurance est soumis à une condition suspensive, à savoir l'obligation de résilier l'ancienne dans les délais (cf. art. 7 al. 1 à 3 LAMal et ATF 126 V 480) et la notification (ATF 130 V 448 consid. 4.7) de la poursuite de l'assurance par le nouvel assureur maladie (art. 7 al. 5 phrase 1 LAMal) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_930/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3, publié in SVR 2011 KV n° 8 p. 37).

## **E. 5**

a. L'obligation de payer des cotisations (ou primes) découle de l'art. 61 LAMal. Elle constitue notamment la conséquence juridique et impérative de l'affiliation valide à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci. L'assureur fixe lui-même le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). Selon l'art. 90 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. b. Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 ab initio). En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4, est réservé (al. 6).

A/3454/2018 - 12/20 - Quant à l'art. 105b al. 1 OAMal, il prévoit que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). c. L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année. d. Selon l'art. 105b al. 2 OAMal, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Selon la jurisprudence, de tels frais, s'ils sont prévus expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés, doivent être imputables à une faute de l'intéressé. Ainsi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5). Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_870/2015 et 9C\_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017). e. À certaines conditions, les assureurs-maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation

A/3454/2018 - 13/20 - pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (BGE 119 V 329 consid. 2b; RKUV 2004 Nr. KV 274 p. 129 consid. 4.2.1, K 107/02; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

## **E. 6**

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 7**

a. En l'espèce, par le biais d'un contrat-cadre conclu par son employeur, B\_\_\_\_\_, le recourant était assuré auprès de l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins et plusieurs assurances complémentaires (cf. certificats d'assurance remis au recourant) et bénéficiait de

ce fait de la participation de son employeur (cf. courriel du courtier du 24 février 2017). S'agissant de l'assurance obligatoire des soins, le contrat-cadre ne saurait être considéré comme un contrat collectif. Les personnes concernées restent soumises aux règles et obligations de la LAMal en tant qu'assuré individuel. En d'autres termes, même si certaines personnes sont affiliées à une caisse-maladie pour l'assurance-maladie obligatoire par le biais d'un preneur d'assurance, elles sont assurées à titre personnel, conformément au principe de l'assurance individuelle (ATF 141 V 455 consid. 6.3.2). Le recourant était par conséquent assuré à titre individuel conformément aux dispositions de la LAMal.

A/3454/2018 - 14/20 - Concernant les assurances complémentaires, l'employeur du recourant a, selon toute vraisemblance, conclu une assurance collective avec l'intimée (cf. art. 10 § 1 des conditions particulières, pièce 2, intimée). Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère toutefois un droit propre au bénéficiaire (i.e. à l'assuré) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA. Dans ce domaine, il n'y a pas de disposition légale qui obligerait l'assureur à garantir à l'assuré qui sort de l'assurance collective le droit de passer dans l'assurance individuelle. Cela étant, un tel droit est souvent prévu par les conditions générales d'assurances (MEIER / FINGERHUTH, Krankentaggeld statt Lohnfortzahlung, Plädoyer 1999/3, p. 26 ss, p. 32), comme c'est effectivement le cas en l'occurrence. En effet, l'art. 10 des conditions particulières de Mutuel, produit sous pièce 2, stipule que lors de la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collective GEM, les assurés sont transférés automatiquement dans des produits comparables de Mutuel Assurances SA (...) (§ 1). (...) L'assuré peut résilier le contrat dans un délai de trente jours dès réception de la nouvelle police (§ 8). b. Le recourant a quitté son emploi auprès de B\_\_\_\_\_ avec effet au 31 décembre 2016, prolongé au 31 janvier 2017. Le 18 janvier 2017, l'intimée a adressé au recourant un courrier, auquel était annexé le certificat d'assurance valable à compter du 1er février 2017 (assurance de base et assurances complémentaires), courrier dont la teneur était la suivante (traduction libre) : « Transfert de votre contrat dans l'assurance individuelle (...) Cher Monsieur (...), Suite à l'annonce de votre sortie du contrat-cadre d'assurance-maladie, nous avons modifié votre contrat d'assurance. Conformément aux dispositions du contrat-cadre, il a été transféré, avec effet au 1er janvier 2017, dans l'assurance individuelle avec les mêmes conditions de couverture. Vous trouverez en annexe le nouveau contrat d'assurance. Ci-après, nous vous transmettons les délais, pour le cas où vous voudriez modifier votre contrat d'assurance ou le résilier : ■ Assurances complémentaires au 1er janvier 2017 Sans indication contraire de votre part dans un délai de 4 semaines, nous considérons que vous acceptez le contenu des certificats d'assurances en annexe ». Le 6 février 2017, le recourant s'est opposé au transfert dans l'assurance individuelle. S'en est suivi une correspondance entre le recourant et l'intimée, au cours de laquelle cette dernière a expliqué que l'assurance de base ne pouvait être résiliée que pour la fin d'une année calendaire moyennant le respect d'un délai de trois mois ou, après communication de la nouvelle prime pour l'année suivante, pour la fin de l'année en cours, moyennant un délai d'un mois. De son côté, le recourant était d'avis que le contrat avait été résilié avec effet au 31 janvier 2017.

A/3454/2018 - 15/20 -

## **E. 8**

Le recourant reproche tout d'abord à l'intimée de lui avoir fourni des renseignements erronés et conclut, de ce fait, que le délai pour résilier les assurances complémentaires doit également être appliqué à l'assurance de base. a. L'art. 27 LPGA prévoit que dans les

limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2 et les références). En vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5), le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre (ATF 131 V 472 consid. 5). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5).

A/3454/2018 - 16/20 - b. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir été claire dans le courrier du 18 janvier 2017, en lui faisant croire que le délai de quatre semaines était également applicable à la résiliation de l'assurance obligatoire des soins. Certes, le fait d'annexer au courrier précité un certificat d'assurance pour l'année 2017 comprenant l'assurance obligatoire des soins, a pu entraîner une certaine confusion auprès du recourant. Cela étant, une lecture attentive du courrier du 18 janvier 2017 et des conditions particulières d'assurance (produites par l'intimée sous pièce 2) permet de retenir que les délais de résiliation indiqués ne pouvaient que concerner les assurances complémentaires et non l'assurance obligatoire des soins. En effet, il est tout d'abord question du passage dans l'assurance individuelle. Or, une telle possibilité n'est offerte que dans le domaine des assurances complémentaires, dès lors qu'en matière d'assurance obligatoire de soins, une personne ne peut être assurée qu'à titre individuel. De plus, le courrier du 18 janvier 2017 s'inscrit à l'évidence dans la procédure prévue par l'art. 10 des conditions générales applicables, lequel prévoit en substance la possibilité, pour un assuré,

de bénéficiaire de prestations analogues en cas de sortie de l'assurance collective (liste des produits au § 1), ce qui correspond au passage dans l'assurance individuelle, et la possibilité de l'assuré de résilier le contrat dans un délai de trente jours dès réception de la nouvelle police (§ 8). S'y ajoute le fait que selon le texte du courrier en question, les délais de résiliation concernaient uniquement les assurances complémentaires (« ci-après, nous vous transmettons les délais, pour le cas où vous voudriez modifier votre contrat d'assurance ou le résilier : ■ Assurances complémentaires au 1er janvier 2017 [...]). Dans ces circonstances, on ne saurait parler d'un renseignement erroné concernant la résiliation de l'assurance obligatoire des soins, dès lors que celle-ci n'était pas expressément mentionnée dans le courrier en question, au contraire des assurances complémentaires. De plus, la chambre de céans peine à voir en quoi le recourant a pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice. En effet, pour pouvoir prendre des dispositions valables (affiliation auprès d'un autre assureur), le recourant doit avoir la possibilité de résilier en tout temps l'assurance obligatoire des soins conclue auprès de l'intimée. Or, comme cela ressort du considérant 6 ci-dessus, l'assurance de base ne peut être résiliée que moyennant respect des délais prévus à l'art. 7 LAMal. Or, tant que l'assurance obligatoire des soins litigieuse n'a pas été valablement résiliée, le recourant ne peut s'affilier auprès d'un autre assureur. Certes, a-t-il payé des primes à Sanitas; toutefois, dans la mesure où l'affiliation auprès de cette assurance n'est pas valable, ces primes doivent lui être restituées. Le recourant ne subit donc aucun préjudice. Partant, au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut reprocher à l'intimé un défaut d'information susceptible d'entraîner des conséquences juridiques, même si l'on peut regretter qu'elle n'ait pas été plus claire dans son courrier du 18 janvier 2017.

A/3454/2018 - 17/20 -

## **E. 9**

a. Le recourant invoque ensuite les art. 7 al. 2 par analogie ou 7 al. 3 LAMal pour justifier la résiliation de son assurance obligatoire des soins avec effet au 31 janvier 2017. b/aa. Pour que l'art. 7 al. 2 LAMal s'applique, même par analogie, on doit être en présence d'une augmentation des primes soumise à l'approbation de l'OFAS (cf. RAMA 1999 188 consid. 1c). Force est de constater que le 17 octobre 2016, l'intimée a adressé au recourant un certificat d'assurance pour l'année 2017, dont il ressort que la prime pour l'année 2017 pour l'assurance obligatoire des soins était de CHF 417.30. Suite à la sortie du contrat-cadre, l'intimée a adressé au recourant un nouveau certificat d'assurance pour l'année 2017, portant sur une prime de CHF 448.70 pour l'assurance de base. La prime pour cette même année 2017 est ainsi passée de CHF 417.30 à CHF 448.70, ce qui correspond à une augmentation de CHF 31.40 par mois. Cette augmentation est toutefois à l'évidence due à la sortie du contrat-cadre, par le biais duquel le recourant bénéficiait d'une participation de son employeur (cf. courrier du courtier du 24 février 2017). Ainsi il ne s'agit pas d'une augmentation de primes, soumise à l'approbation de l'OFAS. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. La situation du recourant s'apparente en réalité plutôt à celle d'un assuré perdant le bénéfice d'un subside de l'assurance-maladie et, par conséquent, d'une réduction de prime. Or, le Tribunal fédéral a considéré que dans un tel cas, il ne s'agissait pas d'une augmentation de prime au sens de l'art. 7 al. 2 LAMal, le tarif étant en réalité resté inchangé, seule la réduction n'étant plus appliquée (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 45/02 du 7 janvier 2003). L'art. 7 al. 2 LAMal ne saurait par conséquent être appliqué au cas du recourant, même par analogie. b/bb. Le recourant se réfère ensuite à l'art. 7 al. 3 LAMal

pour justifier une résiliation de l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition vise les changements du lieu de résidence et les changements d'emploi. Le recourant ne prétend pas avoir modifié son lieu de résidence. En revanche, il a changé d'employeur. Dans cette dernière hypothèse, pour que la disposition précitée puisse trouver application, il faut que le nouvel employeur du recourant prévoie que son personnel adhère à un assureur particulier, ce qui ne semble pas être le cas, le recourant ne prétendant pas être lié par un contrat de travail prévoyant une obligation de s'assurer auprès d'une caisse-maladie en particulier. En effet, un simple changement d'employeur ne justifie ainsi pas le droit de changer d'assureur hors des délais légaux fixés à l'art. 7 al. 1 LAMal. Partant, l'art. 7 al. 3 LAMal ne trouve pas non plus application dans le cas du recourant. c. Dans la mesure où le recourant ne bénéficiait ni d'un motif de résiliation extraordinaire (art. 7 al. 2 LAMal), ni d'un motif de résiliation forcée (art. 7 al. 3 LAMal), seule une résiliation ordinaire était envisageable.

A/3454/2018 - 18/20 - Ainsi, conformément à l'art. 7 al. 1 LAMal, une telle résiliation ne pouvait être effective que pour la fin d'une année civile, soit au 31 décembre 2017, ce que l'intimée a finalement accepté par courrier du 11 novembre 2019.

#### **E. 10**

Dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relève encore que le résultat serait de toute manière le même en vertu du principe de l'interdiction de l'abus de droit. a. Selon la jurisprudence, il y a abus de droit manifeste, prohibé par l'art. 2 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), lorsqu'une personne use de son droit sans ménagement ou de manière inutilement rigoureuse (ATF 135 III 162), notamment lorsqu'elle choisit, sans raison objective, parmi plusieurs solutions équivalentes, celle qui est la plus nuisible à l'autre partie (ATF 131 III 459 consid. 5.2). Parmi les cas typiques d'abus de droit manifeste au sens de l'art. 2 al. 2 CC figurent l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 129 III 493 consid. 5.1). Dans cette dernière catégorie, le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est toutefois constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées (ATF 133 III 61 consid. 4.1; ATF 129 III 493 consid. 5.1). b. En l'espèce, force est de constater que quand bien même il ne s'estimait plus lié à l'intimée, le recourant s'est acquitté des primes pour les mois de février à septembre 2017, soit pour huit mois. De plus, il ne conteste pas avoir sollicité - et obtenu - la prise en charge, par l'intimée, de certains frais médicaux (cf. courrier de l'intimée du 20 décembre 2019, cf. en fait ch. 38). En d'autres termes, alors même qu'il considérait la résiliation du contrat d'assurance valable avec effet au 31 janvier 2017, le recourant s'est acquitté des primes dues jusqu'en septembre 2017 et a bénéficié de la couverture d'assurance et, partant, de la prise en charge des frais médicaux. Sa volte-face pour les mois d'octobre à décembre 2017 est par conséquent constitutif d'un abus de droit, lequel ne saurait être accepté.

#### **E. 11**

Enfin, le recourant invoque l'art. 7 al. 5 LAMal et sollicite, dans ce contexte, l'appel en cause de Sanitas. a/aa. L'art. 7 al. 5 LAMal, invoqué par le recourant, prévoit que 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.

A/3454/2018 - 19/20 - a/bb. Aux termes de l'art. 71 LPA, l'autorité peut ordonner, d'office ou sur requête, l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure; la décision leur devient dans ce cas opposable (al. 1). L'appelé en cause peut exercer les droits qui sont conférés aux parties (al. 2). D'une manière générale, dans les cantons qui, comme celui de Genève, connaissent cette institution de procédure, l'appel en cause permet de contraindre des tiers qui ne possèdent pas la qualité de partie faute d'en satisfaire les conditions à participer à la procédure afin de leur rendre opposable la décision, respectivement le jugement qui doit être rendu à son issue (cf. ATF 125 V 94 consid. 8b). L'appel en cause n'est pas destiné à faire intervenir ou à étendre la procédure à des personnes qui bénéficient déjà de la qualité de partie et qui ne participent pas pour une raison quelconque à la procédure. Il vise bien plutôt à préjuger un rapport de droit entre l'appelé en cause et une partie principale dans une procédure pendante entre les parties principales. Dans la mesure où il a pour fonction d'éviter le déroulement d'une autre procédure sur les mêmes questions litigieuses, l'appel en cause est dicté par un souci d'économie de procédure. Il permet également de prévenir le prononcé de décisions ou jugements contradictoires. Le tiers appelé en cause doit naturellement posséder la capacité d'être partie et la capacité d'ester (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 47/02 du 25 août 2003 consid. 3.2.1). b. Comme indiqué précédemment, l'établissement d'une nouvelle relation d'assurance est soumis à une condition suspensive, à savoir l'obligation de résilier dans les délais l'ancienne et la notification de la poursuite de l'assurance par le nouvel assureur maladie au sens de l'art. 7 al. 5 phrase 1 LAMal. Dans la mesure où la résiliation de l'ancienne relation d'assurance n'était pas possible avant le 31 décembre 2017 au plus tôt, la question du retard de Sanitas dans la communication visée par l'art. 7 al. 5 LAMal ne se pose pas. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner l'appel en cause requis par le recourant.

## **E. 12**

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a réclamé le paiement des primes pour les mois d'octobre à décembre 2017. Étant donné que la double assurance n'est pas possible en matière d'assurance obligatoire des soins, il appartiendra au recourant de s'adresser à Sanitas afin d'obtenir, le cas échéant, la restitution du montant des primes de l'assurance- maladie obligatoire des soins payées à double. Le recours est par conséquent rejeté et la décision sur opposition du 29 août 2018 confirmée. La procédure est gratuite pour le surplus.

A/3454/2018 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.