RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1045/2005 **ATAS/457/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 19 mai 2005

En la cause

Madame A_____, recourante

contre

PHILOS CAISSE MALADIE ACCIDENTS, Riond-Bosson, intimée
case postale, 1131 Tolochenaz

Siégeant : Madame Karine STECK , Présidente,

Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, juges.

EN FAIT

1. Madame A_____ est affiliée depuis le 1er janvier 2002, ainsi que son époux et deux de ses fils, auprès de la caisse maladie-accident PHILOS (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins.

2. Par courrier du 11 décembre 2002, l'époux de l'assurée a demandé à la caisse que son épouse et lui puissent payer leurs primes 2003 en deux versements, indiquant que si un devis ne leur parvenait pas « en temps utile », ils changeraient probablement de caisse.

3. Le 6 avril 2004, l'époux de l'assurée a indiqué vouloir mettre fin aux contrats les liant, les membres de sa famille et lui, à la caisse. Au cas où cela serait impossible, il a demandé à pouvoir payer les primes de l'année en cours en une seule fois.

4. Par courrier du 25 novembre 2004, l'époux de l'assurée a présenté sa démission formelle ainsi que celle des membres de sa famille. Ils ont annoncé être assurés auprès de la Caisse Mutuelle Valaisanne.

5. Un dernier rappel a été adressé par la caisse à l'assurée le 14 octobre 2004 et un délai de dix jours lui a été imparti pour s'acquitter du montant dû, en vain.

6. Suite à la réquisition de poursuite déposée par la caisse en date du 12 novembre 2004, un commandement de payer (n° 04 272'528 X) a été établi le 7 janvier 2005 et notifié à l'assurée le 24 janvier 2005, pour un montant de Fr. 989.-, correspondant aux primes de juillet à septembre 2004 et à une taxe de sommation. L'assurée y a fait opposition.

7. Par décision 7 février 2005, la caisse a levé l'opposition au commandement de payer.

8. Le 5 mars 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision.

9. Par décision sur opposition du 8 mars 2005, la caisse a confirmé sa décision du 7 février 2005. Elle retient que l'assurée n'a pas valablement démissionné, dès lors qu'une démission présentée en décembre 2002 ne pouvait prendre effet qu'au 31 décembre 2003 et que ce n'est que le 7 janvier 2005 qu'elle a fourni une attestation de son nouvel assureur, valable dès le 1er janvier 2005. Elle considère dès lors que l'assurée lui a été affiliée sans interruption du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2004.

10. Par courrier du 8 avril 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle fait valoir que, dans son courrier du 11 décembre 2002, son époux avait précisé à la caisse que s'ils ne recevaient pas le devis demandé en temps utile, ils démissionneraient. Or la caisse n'a jamais répondu à sa proposition. Elle allègue ne

pas être satisfaite des prestations de la caisse et estime ne plus être assurée chez cette dernière depuis le 31 janvier 2003, raison pour laquelle elle ne lui a pas adressé les factures médicales relatives à l'année 2004. Elle s'étonne par ailleurs du fait que seuls trois membres de la famille (sur quatre assurés auprès de la caisse) aient été mis aux poursuites et pour des raisons différentes. Elle allègue avoir trouvé une nouvelle caisse maladie et avoir payé des primes auprès de celle-ci par trimestre, pour cinq personnes.

11. Invitée à se prononcer, la caisse, dans son préavis du 18 avril 2005, a conclu au rejet du recours. Elle confirme que les primes des mois de juillet à septembre 2004 n'ont pas été payées de même que la taxe de sommation. L'opposition ayant été au surplus formée sans raison valable, elle conclut à l'octroi de dépens à hauteur de Fr. 100.-. Par ailleurs, elle demande la jonction avec les causes 335/2004, 336/2004, 2600/2004 et 2601/2004.

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. 56V al. 1 let a LOJ, le TCAS 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). La compétence du Tribunal de céans ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (cf. art. 60 LPGA).

4. A teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de la loi sur la procédure administrative (ci-après LPA), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, les parties sont différentes – bien que les différents recourants appartiennent tous à la même famille - tout comme les montants réclamés, les périodes d'assurance concernées et les décisions attaquées. Par souci de clarté, le Tribunal de céans estime donc qu'il serait inopportun de procéder à une jonction en l'espèce.

5. L'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour les soins en cas de maladie pour toute personne domiciliée en Suisse, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

   Selon l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer.

6. En l'espèce, il est constant que la recourante, domiciliée en Suisse, est soumise à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas partie du cercle des personnes exemptées.

   C'est par courrier du 6 avril 2004 qu'elle a demandé pour la première fois formellement la résiliation des contrats les liant, elle et les membres de sa famille, à la caisse. Cette résiliation ne peut prendre effet qu'au 31 décembre 2004, en application des dispositions légales. En effet, l'art. 7 al. 1 LAMal prévoit que l'assuré qui souhaite changer d'assureur doit l'annoncer avec un préavis de trois mois pour la fin d'un semestre d'une année civile. Quant au courrier auquel le recourant fait allusion, daté de décembre 2002, il ne saurait en aucun cas être considéré comme une résiliation dans la mesure où celle-ci n'était qu'évoquée comme une possibilité soumise à condition.

7. Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement de 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 d art. 4).

8. En l'espèce, la caisse était incontestablement en droit de poursuivre la recourante pour les montant des primes impayées ainsi que pour les frais de sommation (ATF 125 V 276 ; art. 8 des conditions d'assurance de l'intimée relatives à l'assurance selon la LAMal valable dès le 1er janvier 2000).

9. Quant au montant dû, il n'est, en tant que tel, pas contesté.

10. En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le Tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige.

    L'art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA) prévoit quant à lui que la procédure est gratuite pour les parties. Toutefois,

les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En effet, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, la possibilité de limiter la gratuité en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère est un principe général de procédure prévu pour toutes les branches des assurances sociales (ATF 126 V 151 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral des assurances a également rappelé qu'il y a lieu de faire une différence entre, d'une part, la sanction constituée par la mise des frais de procédure à la charge d'une partie qui agit par légèreté ou de manière téméraire au sens de l'art. 61 let. a LPGA et, d'autre part, le droit aux dépens selon l'art. 61 let. g LPGA, droit qui s'apprécie selon les critères développés au sujet de l'allocation de dépens à une partie agissant sans mandataire (Pratique VSI 2002 p. 61).

En l'espèce, l'octroi de dépens ne se justifie pas puisque c'est l'intimée qui les demande.

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 de l'opposition formée le 24 février 2005 par Madame A_____ dans la poursuite n°04 272528 X ;

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 :
Janine BOFFI	Karine STECK

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