RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1880/2006 **ATAS/694/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 4 août 2006

En la cause

Monsieur G_____ recourants

Madame G_____

contre

ASSURA, Assurance maladie et accident, Z.i. En Budron A1 intimée
Case postale 4, 1052 LE MONT-s-LAUSANNE

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Par deux décisions du 17 octobre 2001, le Service de l'assurance-maladie a procédé à l'affiliation d'office de Monsieur G_____, né en juin 1947, et de son épouse, Madame G_____, née en novembre 1948, auprès de la caisse-maladie ASSURA (ci-après la caisse-maladie), à partir du 1er octobre 2001.

2. Les époux ne s'étant pas acquittés de leurs cotisations pour la période d'octobre 2001 à mars 2002, la caisse-maladie a agi à leur encontre par la voie de la poursuite.

   Le 2 août 2002, elle a levé les oppositions formées les époux. Ces derniers ont interjeté recours auprès du Tribunal administratif, alors compétent, alléguant que leur adhésion n'était pas valable, dès lors qu'ils ne l'avaient pas signée et qu'ils n'avaient reçu ni les conditions générales, ni de lettre de bienvenue.

3. Le Tribunal administratif a rejeté le recours des époux par jugement du 6 janvier 2004, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 5 juillet 2004.

4. Constatant que les époux n'avaient pas payé les primes d'octobre à décembre 2005, la caisse-maladie a fait notifier à Monsieur G_____ un commandement de payer le 30 janvier 2006, poursuite N° 06781638D, pour le montant de 2'306 fr., frais de poursuite non compris, plus intérêts à 5% dès le 1er novembre 2005.

5. Par décision du 22 mars 2006, confirmée sur opposition le 25 avril 2006, la caisse-maladie a prononcé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer susmentionné.

6. Les époux ont interjeté recours le 23 mai 2006 contre ladite décision sur opposition. Ils rappellent qu'ils n'ont pas signé les polices d'assurance et en concluent que les commandements de payer sont infondés. Ils sollicitent du Tribunal de céans qu'il oblige la caisse-maladie à leur envoyer les formulaires de demande d'admission avec un exemplaire des statuts et le tableau des primes 2007 afin de pouvoir quitter leur caisse-maladie actuelle au 1er janvier 2007.

7. Dans sa réponse du 1er juin 2006, la caisse-maladie rappelle que le TFA avait confirmé que l'affiliation d'office des époux était survenue conformément à l'art. 6 LAMal à compter du 1er octobre 2001, date qui avait été déterminée par le Service de l'assurance-maladie, que dès lors les primes étaient dues. Elle relève par ailleurs que les dispositions du Code des obligations concernant la conclusion d'un contrat ne sont pas applicables en matière d'assurance-maladie obligatoire. Elle s'étonne de ce que les assurés semblent affirmer, ce pour la première fois, qu'ils seraient couverts par une autre assurance. Elle considère à cet égard qu'il leur revient

d'apporter toute preuve relative à ce fait. Elle constate enfin que les assurés n'ont donné aucune suite à l'envoi des documents "confirmation d'adhésion" le 27 janvier 2006. Elle conclut dès lors au rejet du recours et à ce qu'il soit déclaré qu'elle est fondée à requérir la continuation de la poursuite N° 06781638D pour le montant de 2'306 fr., frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5% dès le 1er novembre 2005.

8. Ce courrier a été transmis aux époux pour information et la cause gardée à juger.

9. A noter que le Tribunal de céans a déjà traité de nombreuses procédures identiques entre les mêmes parties, les époux invoquant systématiquement le même argument. Des audiences de comparution personnelle se sont tenues, au cours desquelles les parties ont procédé à des échanges de vues et les époux obtenu des explications. Dans les deux derniers arrêts rendus, soit les 7 février et 21 mars 2006, le Tribunal a condamné les époux à un émolument pour téméraire plaideur, étant précisé que le risque d'une telle condamnation leur avait été signalé lors de précédents jugements.

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 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 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Les recourants contestent devoir payer les cotisations à l'assurance-obligatoire des soins, au motif qu'ils ne sont pas affiliés auprès de l'intimée, dès lors qu'ils n'ont pas reçu les conditions générales et n'ont pas signé de contrat d'adhésion.

   Le Tribunal relève que les recourants ne font rien valoir de nouveau en persistant dans leur refus de s'acquitter des cotisations dues et que le TFA a déjà confirmé par arrêt du 5 juillet 2004 et leur affiliation d'office auprès de l'intimée dès le 1er octobre 2001 et l'obligation de payer les primes qui en découle.

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 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 28 juin 1995 – OAMal ; cf. chiffre 14.1 des conditions générales d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins - CGA d'ASSURA).

   Les assureurs doivent 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 (LP) ou par celle de la compensation (art. 90 al. 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, soit dans le cas d'espèce 5 fr. pour les frais de rappel et 25 fr. pour l'établissement de la mise en demeure (chiffre 17.1 CGA). En effet, selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 276, not. 277 consid. 2c/cc ; RAMA 2001 No KV 151 p. 117).

7. Il résulte des pièces du dossier que les recourants n'ont pas payé les primes du 1er octobre au 31 décembre 2005 (371 fr. par mois pour chaque assuré), malgré les rappels et mises en demeure de l'intimée.

Le Tribunal de céans constate que la procédure de recouvrement a été rigoureusement respectée par l'intimée et que chacun des recourants reste lui devoir la somme de 1'113 fr, plus 40 fr. de frais administratifs, ainsi que les frais de poursuite. S'agissant des intérêts, ils s'élèvent pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA à 5 % l'an (art. 90 al. 2 OAMal). Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (cf. art. 15 al. 1 CGA d'ASSURA). En l'occurrence, elles sont payables le 1er de chaque mois et portent intérêt dès cette date. Il y a lieu de retenir la durée moyenne pour laquelle les cotisations sont dues et de calculer les intérêts moratoires dès le 1er novembre 2005.

Le recours est ainsi manifestement infondé.

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 au commandement de payer, poursuite N° 06781638D pour le montant de 2'306 fr., plus intérêts à 5% dès le 1er novembre 2005, frais administratifs et de poursuite en sus.

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 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

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique, ainsi que pour information au Tribunal tutélaire, par le greffe le