RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1995/2005 **ATAS/774/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 20 septembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, recourant

contre

X_____SA, intimée

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Doris Wangeler, Karine Steck, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____ (ci-après le recourant), né en 1919 et domicilié dans le canton de Genève, est affilié à la caisse-maladie CSS Assurances-maladie SA (ci-après la caisse), pour l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise de 1'200 fr par an.

2. En octobre 2001, le recourant a été hospitalisé contre son gré sur ordre médical pour une affection psychique. Les frais d'hospitalisation se sont élevés à 904 fr, dont la caisse s'est acquittée.

3. Par décision du 11 juillet 2002, confirmée sur opposition le 29 janvier 2003, la caisse a demandé à l'assuré le remboursement de ce montant au titre de la franchise 2001. Cette décision a donné lieu à une procédure qui a abouti à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) du 11 janvier 2005. Par cet arrêt, le TFA a constaté que la caisse avait pris à charge à juste titre les frais d'hospitalisation, et était par conséquent fondée à réclamer au recourant la participation au coût selon l'article 64 de la loi sur l'assurance- maladie (ci-après LAMal). Dans la mesure où le montant de la facture était inférieur à celui de la franchise contractuelle, c'était à juste titre qu'elle avait mis le coût total de l'hospitalisation à la charge du recourant.

4. Nonobstant cet arrêt du TFA, le recourant considère que la caisse n'était pas en droit de payer cette facture, et que cette attitude, rompant tout rapport de confiance entre les parties, avait mis fin à sa relation contractuelle avec effet à fin février 2004. Une procédure en révision de l'arrêt du TFA, transmis par celui-ci au Tribunal administratif alors compétent, est toujours en cours aujourd'hui.

5. Par décision du 21 décembre 2004, confirmée sur opposition en date du 6 mai 2005, la caisse a constaté que le recourant était débiteur du montant des primes mensuelles pour les mois de mars à octobre 2004, y compris 60 fr. de frais de rappel, soit un montant de 2'503 fr. 20. La poursuite n° 04 281548 T devait poursuivre sa voie, de sorte que l'opposition au commandement de payer était levée.

6. Dans son recours du 8 juin 2005, le recourant fait valoir, en substance, que la privation illicite de liberté dont il a été victime en octobre 2001 n'autorisait pas la caisse à prendre en charge la facture injustifiée, raison pour laquelle il s'était opposé fermement à ce paiement sans pouvoir toutefois se faire entendre de la caisse. Les rapports contractuels avaient été violés, le recourant trahi, de sorte qu'il avait refusé de payer ses primes avec effet à février 2004. En conséquence, les deux affaires sont liées et la décision de la caisse est arbitraire. Il requiert avec suite de dépens que la décision sur opposition soit annulée, qu'il soit dit que la caisse a violé le

contrat, et qu'il n'est pas obligé de s'acquitter des primes mensuelles dès le 1er février 2004.

7. Dans sa réponse du 17 juin 2005, la caisse conclut au rejet du recours. Quant aux faits, elle se réfère à sa décision sur opposition et confirme que le montant de 2'503 fr 20, faisant l'objet du commandement de payer susmentionné, lui est dû.

8. Par réplique du 19 juillet 2005, le recourant reprend l'essentiel de son argumentation, et insiste pour qu'on lui accorde enfin son "droit élémentaire d'être entendu".

9. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, et l'a fixée au mardi 6 septembre 2005.

10. Par pli du 23 août 2005, le recourant a rappelé qu'une demande de révision était en cours auprès du Tribunal administratif. Il était important que le magistrat saisi du recours puisse prendre connaissance de l'ensemble du dossier, de sorte qu'il requérait la jonction du présent recours avec la demande de révision, ainsi que le renvoi de l'audience.

11. Par pli du 29 août 2005, la juridiction a fait savoir au recourant que l'audience du 6 septembre était maintenue.

12. Par fax du 5 septembre 2005, le recourant a transmis un certificat médical attestant de son hospitalisation dans le service de dermatologie des HUG.

13. Lors de l'audience du 6 septembre 2005, et vu l'absence justifiée par certificat médical du recourant, le Tribunal a gardé la cause 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie général du droit des assurances sociales (ci-après LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994

(ci-après LAMal). Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

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

3. Préalablement, le Tribunal constate que les conclusions du recourant en jonction doivent être écartées. D'une part, il n'est pas possible de joindre deux causes pendantes devant des juridictions distinctes. D'autre part, comme exposé ci-dessous, le sort de la procédure en révision ne saurait remettre en cause la légitimité de la demande de paiement des primes 2004.

4. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'ordonnance (OAMal) ils prévoient les personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer.

   En l'espèce, il est constant que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. Il ne l'allègue d'ailleurs pas.

   Le Tribunal de céans ne peut retenir l'argumentation du recourant pour sortir du système de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie. En effet, comme le TFA l'a statué dans un recours similaire au cas d'espèce (ATFA du 5 septembre 2000 en la cause K 120/00), le Tribunal de céans est tenu d'appliquer les lois fédérales (art. 191 de la Constitution fédérale de la Confédération Suisse du 18.4.1999 ; cf. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3a Cst.).

   En particulier, la procédure relative au paiement des frais d'hospitalisation non volontaire d'octobre 2001 a été close par l'arrêt du TFA, et ne peut, quoi qu'il en soit, remettre en cause l'obligation légale de s'acquitter des primes de l'assurance obligatoire.

5. 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 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 ad art. 4).

   Il est incontestable, en l'espèce, que la caisse était en droit de poursuivre le recourant pour le montant des primes impayées, ainsi que pour les frais de sommation ou de rappel (ATF 125 V 276 ; art. 8 des conditions d'assurance de

l'intimée relatives à l'assurance selon la LAMal, valables dès le 1er janvier 2000). Quant au montant dû, il n'est, comme tel, pas contesté.

6. Il s'ensuit que le recours, infondé, doit être 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 :

Préalablement:

2. Ecarte la demande de jonction des procédures.

Ceci fait:

3. Rejette le recours.

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 :
Sylvie CHAMOUX	Isabelle DUBOIS

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