RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2014/2004** **ATAS/921/2004**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 6ème Chambre

## du 15 novembre 2004

En la cause

**Monsieur M_____**, recourant

contre

**PHILOS**, caisse maladie-accidents, section AMBB, avenue du Casino 13, Montreux intimée

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges.**

## EN FAIT

1. Le 20 novembre 2001, M. M_____, né le 22 juillet 1945, a rempli une proposition d'assurance pour l'assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) auprès de PHILOS caisse maladie-accidents (ci-après : la caisse).

2. La caisse a affilié l'assuré depuis le 1er janvier 2002.

3. Le 24 novembre 2003, l'assuré a demandé à la caisse d'annuler son contrat. Il souhaitait prendre en toute connaissance de cause le risque de ne pas être assuré et relevait que le système actuel déresponsabilisait le citoyen qui devenait un assisté et favorisait la mainmise sur la santé de grands groupes pharmaceutiques, des médecins et de certaines assurances.

4. Le 4 décembre 2003, la caisse a pris acte de la démission de l'assuré pour le 31 décembre 2003 moyennant la transmission d'une attestation d'un nouvel assureur.

5. Le 22 janvier 2004, l'assuré a répondu à la caisse qu'il réitérait sa demande d'annulation de contrat sans inscription à une autre caisse.

6. Le 19 février 2004, la caisse a refusé la démission de l'assuré.

7. Le 29 février 2004, l'assuré a informé la caisse qu'il ne paierait pas le montant de fr. 3'031,50 que celle-ci lui réclamait et qu'il allait solliciter une dispense du service de l'assurance maladie de Genève (SAM).

8. Le 12 mars 2004, la caisse a informé l'assuré que les primes de l'assurance obligatoire pour 2004 étaient dues.

9. Le 21 mars 2004, l'assuré a sollicité du SAM une dispense de l'obligation d'assurance. Il n'avait jamais manqué pour maladie en bientôt 37 ans d'activité professionnelle. La société actuelle n'était pas conséquente car elle lançait quelques timides campagnes de prévention mais laissait la sacro-sainte liberté au commerce de tout écraser avec ses millions et sa publicité omniprésente. Les lobbies de l'industrie pharmaceutique et des médecins avaient intérêt à maintenir les citoyens dans l'ignorance des vraies raisons qui étaient à l'origine de leurs maux car cela leur rapportait gros. L'industrie alimentaire nous faisait avaler n'importe quoi alors que la malnutrition était l'une des causes première de la maladie. Celle-ci était la conséquence d'un mode de vie qui s'écartait des lois naturelles. Il refusait de cautionner un système qui déresponsabilisait l'individu et qui comprenait des caisse-maladies dont le but était le bénéfice. La loi portait atteinte à la liberté du citoyen de gérer sa propre santé.

10. Le 18 mai 2004, la caisse a notifié à l'assuré une sommation de payer les primes dues pur l'année 2004 soit un montant de fr. 3'031,50.

11. Le 2 août 2004, un commandement de payer le montant de fr. 3'031,50 ainsi que fr. 50.- de frais de rappel et sommation et les frais de poursuite a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition (poursuite n° 04202348 E).

12. Le 24 août 2004, la caisse a levé l'opposition au commandement de payer précité.

13. Le 29 août 2004, l'assuré a fait opposition à cette décision en rappelant qu'il refusait l'obligation de payer une caisse maladie qui tendait à nous déposséder de notre responsabilité première sur notre santé.

14. Le 8 septembre 2004, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant qu'à ce jour, celui-ci ne bénéficiait pas de la dispense de l'assurance obligatoire des soins.

15. Le 13 septembre 2004, le SAM a informé l'assuré qu'il n'était pas possible de lui accorder une exception à l'assurance obligatoire des soins, les conditions prévues aux art. 2 à 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) n'étant pas remplies.

16. Le 26 septembre 2004, l'assuré a fait part au SAM de sa déception.

17. Le même jour, il a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition de la caisse. Il a soulevé les arguments déjà invoqués à la caisse et au SAM, en concluant qu'il était prêt à signer une déclaration de prise en charge responsable de sa santé.

18. Le 15 octobre 2004, la caisse a conclu au rejet du recours en relevant que l'assuré ne faisait pas partie de la liste des personnes exceptées de l'obligation de s'assurer et que le montant de fr. 3'031,50 correspondait à la prime annuelle (12 X fr. 258,80) moins une réduction de 2 % pour paiement annuel (fr. 62,10) et un remboursement de la taxe environnementale (fr. 12.-).

## 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.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 106).

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 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. 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 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.

   L'argumentation du recourant pour sortir du système de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie, sans juger de son caractère pertinent ou non, est toutefois vaine, car le Tribunal de céans comme le Tribunal fédéral des assurances l'a jugé dans un recours similaire au cas d'espèce (ATFA du 5 septembre 2000 en la cause K 120/00), est tenu d'appliquer les lois fédérales (art. 191 Cst. ; cf. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3a Cst.).

4. 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 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 (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.

5. Il s'ensuit que le recours, infondé, doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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 : |
|---|---|
| Nancy BISIN | Valérie MONTANI |

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