RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2426/2004 **ATAS/789/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 14 septembre 2005

En la cause

Monsieur R_____, recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY intimée

EN FAIT

Siégeant : MmeJuliana BALDE, Présidente; Mmes Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

1. Monsieur R_____, né le 6 décembre 1969, est assuré auprès de la MUTUEL ASSURANCES selon le certificat d'assurance 2002 en catégorie AH assurance obligatoire des soins en cas de maladie, avec une franchise annuelle de 1'500 fr. du 1er janvier au 31 décembre 2002 et SC soins complémentaires maladie/accident, avec une franchise annuelle de 50 fr., niveau 2, du 1er janvier au 30 septembre 2002.

2. Sa fille R_____, née le 1er octobre 2001, est assurée auprès du même assureur pour l'assurance-obligatoire des soins, du 1er avril au 31 décembre 2002.

3. Les primes d'assurance-maladie n'ayant pas été payées, la MUTUEL ASSURANCES a adressé à l'assuré des rappels, puis des sommations.

4. Sur réquisition de la MUTUEL ASSURANCES, l'Office des poursuites a notifié à l'assuré en date du 23 juillet 2004 un commandement de payer poursuite No 04 137936 T en 2'010 fr. 60, avec intérêts à 5 % dès le 14 novembre 2002, plus 140 fr. de frais de sommation, ainsi que les frais de poursuite. La créance représente les primes de l'assurance-obligatoire des soins impayées de l'assuré et de sa fille, pour la période d'avril à septembre 2002. Le même jour, l'assuré a formé opposition au commandement de payer.

5. Le 19 août 2004, la MUTUEL ASSURANCES a rendu une décision et levé l'opposition faite au commandement de payer.

6. L'assuré a formé opposition le 25 août 2004, rappelant qu'il avait résilié le contrat d'assurance, en 2001, qu'un certificat d'assurance avait été transmis à l'assureur avant l'échéance du 31 décembre 2001 et que ce dernier aurait dû prendre connaissance dudit certificat et confirmer la résiliation du contrat d'assurance.

7. Par décision du 11 octobre 2004, la MUTUEL ASSURANCES a rejeté l'opposition de l'assuré, renvoyant pour le motif du changement d'assureur aux arrêts du 17 juin 2003 du Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève ainsi qu'à l'arrêt rendu le 4 juin 2004 par le Tribunal fédéral des assurances.

8. Par lettre-signature du 9 novembre 2004, postée le 11 novembre 2004, l'assuré a interjeté recours auprès du « Tribunal administratif » de Genève. Il allègue que lors de la résiliation du contrat d'assurance, il avait transmis à l'assureur un certificat d'assurance avant l'échéance du 31 décembre 2001, mais que ce dernier a refusé la validité de son affiliation auprès de la Sécurité sociale Caisse des Français à l'étranger. Le Service de l'assurance-maladie avait refusé en effet, le 20 novembre 2002, de lui octroyer une dispense. Il fait valoir aussi qu'une partie des primes réclamées sont postérieures à juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes. Il concluait en déclarant « faire recours à l'arrêt du Tribunal administratif et demander la confirmation définitive de son opposition au commandement de payer ».

9. Le Tribunal administratif a transmis la cause au Tribunal de céans le 15 novembre 2004.

10. Après avoir dans un premier temps contesté la recevabilité du recours, la MUTUEL ASSURANCES a déposé ses conclusions sur le fond en date du 22 février 2005. Elle a rappelé que la question de l'affiliation de l'assuré pour les mois antérieurs à juin 2002 avait fait l'objet d'un jugement du Tribunal administratif du 17 juin 2003, confirmé par un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 4 juin 2004 ; dans son arrêt, le TFA a rappelé que la Caisse des Français à l'étranger ne relevait pas des catégories d'assureurs de l'art. 11 LAMal, que le recourant ne pouvait pas se prévaloir d'un changement d'assureur et qu'il était par conséquent demeuré affilié ä la MUTUELLE au-delà du 31 décembre 2001. L'intimée relève que le Service de l'assurance-maladie (SAM) avait d'ailleurs refusé d'octroyer une dispense. Elle réclame le paiement de la somme de 1'888 fr. 20 avec intérêts à 5 % dès le 14 novembre 2002, 140 fr. de frais de rappel et de sommation, ainsi que les frais de poursuite et conclut au rejet du recours.

11. Invité à se déterminer, le recourant n'a pas répondu dans le délai qui lui a été imparti.

12. Sur quoi, la cause a été gardée 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. 56V 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 générales du droit des assurances sociales du 6 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 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Dans la mesure où le cas d'espèce porte sur des cotisations impayées pour la période d'avril 2002 à septembre 2002, il demeure régi par les dispositions matérielles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, qui seront dès lors citées dans leur ancienne teneur (cf. dispositions transitoires, art. 82 al. 1er LPGA).

   En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). Les règles de procédure de la LPGA sont en conséquence applicables.

   Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

4. Le recourant conteste devoir payer les cotisations auprès de la Mutuel Assurances pour la période considérée, au motif qu'il avait résilié le contrat avant le 31 décembre 2001 et qu'il lui avait transmis un certificat d'assurance.

   Le Tribunal de céans relève cependant que la question de l'affiliation du recourant auprès de l'intimée pour l'année 2002 a déjà été jugée ; en effet, dans un arrêt du 17 juin 2003, le Tribunal administratif, alors compétent, avait jugé que le recourant était resté assuré pour l'année 2002 auprès de l'intimée, dès lors qu'aucune attestation d'un autre assureur autorisé à pratiquer l'assurance-maladie n'avait été transmise, étant rappelé que la Caisse des français à l'étranger n'avait pas le statut d'assureur social maladie en Suisse. Le TFA a confirmé cet arrêt, soulignant au demeurant que le Service de l'assurance maladie avait refusé la demande de dispense présentée par l'assuré. Il a ainsi déclaré que le recourant ne pouvait pas se prévaloir d'un changement d'assureur en raison de son affiliation auprès de la Caisse des Français à l'étranger. Force est de constater que la question a été définitivement tranchée pour l'année 2002, de sorte qu'en vertu du principe ne bis in idem, le Tribunal de céans n'entrera pas en matière sur ce point.

5. Le recourant et sa fille, domiciliés en Suisse, sont soumis à l'assurance obligatoire au sens de l'art. 3 al. 1 LAMal pour l'année 2002, dès lors qu'ils ne figurent pas au nombre des personnes exceptées de l'obligation de s'assurer, le Service de l'assurance maladie ayant refusé la demande de dispense et que le recourant ne produit aucun document justifiant qu'il aurait changé d'assureur dans le courant de l'année 2002, aux conditions de l'art. 7 LAMal.

   Conformément à l'at. 61 LAMal, l'assuré est tenu de payer les primes. Selon l'art. des 17 al. 2 des conditions générales (CGA) de l'intimé, les primes sont payables à l'avance, dans les 30 jours après réception de la facture. Passé ce délai, la caisse peut percevoir un intérêt de retard ainsi que des frais de rappel.

   En l'occurrence, le recourant ne s'est pas acquitté de ses primes ainsi que ceux de sa fille, malgré de nombreux rappels et sommations. Il doit en conséquence supporter les frais de rappel et l'intérêt de retard.

   Lorsque l'assuré ne paie pas les primes, la caisse doit faire valoir ses prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61 ss LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMAL) par la voie de l'exécution forcée selon la LP (cf. art. 90 al. 3 OAMal ; voir Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'asssurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 ad art. 4). L'art. 54 al. 2 LPGA (cf. auparavant l'art. 88 al. 2 LAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) prévoit ainsi que les décisions et les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilés aux jugements exécutoires au sens de l'art. 80 LP (voir aussi ATF 125 V 273 consid. 3.2). Quant au montant des primes impayées, il n'est pas, comme tel, contesté.

6. Force est de constater que la procédure de recouvrement a été respectée. Le recours sera en conséquence rejeté et la mainlevée définitive au commandement de payer accordée.

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 de l'opposition faite au commandement de payer No 04137936 T, à concurrence de 1'888 fr. 20, plus intérêts à 5 % dès le 14 novembre 2002, auxquels s'ajoutent 140 fr. de frais de rappel ainsi que les frais de poursuite.

4. Die 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).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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