RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2600/2004 **ATAS/455/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 19 mai 2005

En la cause

Monsieur A_____, recourant

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. Monsieur A_____ est affilié depuis le 1er janvier 2002, ainsi que son épouse 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'assuré a demandé à la caisse que son épouse et lui puissent payer leurs primes 2003 en deux versements, indiquant que si un devis ne lui parvenait pas « en temps utile », il changerait probablement de caisse.

3. Le 9 avril 2003, l'assuré a adressé un nouveau courrier à la caisse en lui reprochant de n'avoir pas répondu à ses questions concernant la renonciation à un réseau de santé par son épouse. L'assuré s'est enquis de savoir pourquoi certaines factures n'avaient par ailleurs pas encore été remboursées s'agissant de son fils Amin, pourquoi sa proposition de régler les primes de l'année en deux versements n'avait pas été approuvée et pourquoi il n'avait pas encore reçu sa carte d'assuré.

4. Le 6 avril 2004, l'assuré 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, après les avoir ajustées pour tenir compte des subsides qui leur ont été accordés pour cette année-là.

5. Par courrier du 25 novembre 2004, l'assuré a présenté sa démission formelle ainsi que celle des membres de sa famille.

6. Un dernier rappel concernant les primes de janvier à juin 2004 a été adressé par la caisse à l'assuré le 14 juillet 2004 et un délai de dix jours lui a été imparti pour s'acquitter du montant dû, en vain.

7. Suite à la réquisition de poursuite déposée par la caisse en date du 19 août 2004, un commandement de payer (n° 04 232360 H) a été notifié à l'assuré le 12 octobre 2004, pour un montant de Fr. 1'793.60, correspondant aux primes de janvier à juin 2004 et à une taxe de sommation. L'assuré y a fait opposition.

8. Par décision du 25 octobre 2004, la caisse a levé l'opposition au commandement de payer.

9. Le 30 octobre 2004, l'assuré a formé opposition.

10. Par décision sur opposition du 16 novembre 2004, la caisse a confirmé sa décision du 25 octobre 2004. Elle a relevé qu'aucun des deux motifs invoqués par le recourant, à savoir le défaut de confiance à son égard et le litige pendant devant le Tribunal cantonal des assurances, ne justifiait son opposition au commandement de

payer. En effet, le litige en cours concernant les primes de l'année 2003 ne dispensait aucunement l'assuré de payer les primes de l'année 2004.

11. Par courrier du 18 décembre 2004, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il allègue avoir demandé à plusieurs reprises à la caisse maladie de mettre fin à son contrat, lui reproche de n'avoir jamais répondu à ses questions et de ne pas lui avoir adressé de rappel. Enfin, il relève que la caisse prend du retard dans le remboursement de ses prestations.

12. Invitée à se prononcer, la caisse, s'est contentée de fournir les pièces du dossier et s'est référée à sa réponse du 29 décembre 2004, dans le dossier de l'épouse du recourant (procédure A/2602/2004). Elle y a conclu à la mainlevée de l'opposition au commandement de payer concernant les frais de poursuite et la taxe de sommation. Elle a relevé que les primes des mois de janvier à juin 2004 restaient dues, ainsi que la taxe de sommation. S'agissant du retard qu'elle aurait pris dans le remboursement de ses frais à la recourante, la caisse a relevé que la loi ne fixait aucun délai aux assureurs à cet égard ; par ailleurs, elle a assuré que, dans la majorité des cas, les remboursements intervenaient trois à quatre semaines après la réception des demandes. Cela étant, elle a souligné que le fait qu'elle n'ait pas donné suite à toutes les demandes de l'assuré – notamment sa demande de paiement semestriel - ne le dispensait pas pour autant de payer régulièrement ses primes. La caisse a cependant rappelé à cet égard que l'octroi d'un paiement semestriel, voire annuel, impliquait un paiement en début de semestre ou d'année, contre l'octroi d'un rabais. Or le retard accumulé en 2003 lui laissait à penser que le paiement demandé ne serait pas intervenu dans les délais requis et qu'en conséquence, le rabais accordé l'aurait été indûment. Qui plus est, la demande a été formulée pour les primes 2004 alors que les primes 2003 n'avaient pas encore été réglées. La caisse a par ailleurs demandé des dépens à hauteur de Fr. 100.- et la jonction aux causes 335/2004 et 336/2004.

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 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 exemptées. C'est par courrier du 6 avril 2004 qu'il a demandé pour la première fois formellement la résiliation des contrats les liant, lui 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.

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 le recourant pour les montants 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 demande des dépens.

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 12 octobre par Monsieur A_____ dans la poursuite n°04 232360 H ;

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