RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3851/2005 **ATAS/67/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 26 janvier 2006

En la cause

Monsieur S_____, recourant

contre

CHRETIENNE SOCIALE SUISSE, Droit & Compliance, Victoria House, route de la Pierre 22, 1024 ECUBLENS VD intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____ est affilié auprès de la caisse-maladie CHRÉTIENNE SOCIALE SUISSE ASSURANCES (CSS ; ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1er décembre 1988.

2. Il bénéficie des subsides du Service de l'assurance-maladie du canton de Genève (SAM), de sorte que le montant de la prime mensuelle dont il devait personnellement s'acquitter s'élevait à Fr. 58.- en 2004 et à Fr. 61.80 en 2005.

3. L'assuré n'a pas payé les montants à sa charge durant les périodes de juillet à décembre 2004 (6 mois x 58 = Fr. 348.-) et de janvier à février 2005 (2 mois x 61.80 = 123.60), ce qui représente au total un montant de Fr. 471.60.

4. Sur réquisition de poursuite de la caisse, un commandement de payer lui a été adressé le 14 juin 2005. S'ajoutait au montant des primes échues celui des frais administratifs, à raison de 40.-, ce qui représentait un total de Fr. 511.60.-.

5. L'assuré y a fait opposition le 20 juin 2005.

6. Par décision du 6 juillet 2005, la caisse a levé l'opposition formée au commandement de payer n°05 163592 Z.

7. Suite à cette décision, l'assuré a informé par écrit la caisse qu'il était dans l'impossibilité de verser les primes qui lui étaient réclamées. Considérant cela comme une opposition, la caisse a rendu en date du 17 octobre 2005 une décision confirmant la mainlevée.

8. Par courrier du 18 octobre 2005 adressé à la caisse, l'assuré a expliqué ne pas disposer de ressources financières suffisantes pour pouvoir s'acquitter des primes.

9. Le 26 octobre 2005, la caisse a transmis cette missive au Tribunal de céans en laissant à ce dernier le soin de déterminer s'il s'agissait d'un recours.

10. Le Tribunal de céans s'est adressé à l'assuré et, constatant qu'il n'apparaissait pas clairement qu'il interjetait recours contre la décision de la caisse, lui a demandé de clarifier ses intentions d'ici au 15 novembre 2005.

11. Par courrier du 2 novembre 2005, l'assuré a confirmé ne pas pouvoir s'acquitter des montants qui lui étaient réclamés. Il a assuré n'avoir "aucun argent" et a par ailleurs énuméré ses frais mensuels, au nombre desquels figurent notamment : 100 fr. de facture téléphonique, 16.50 fr. pour un magasine, 20 fr. pour la visite de la foire de Genève et 23 fr. pour rembourser l'achat à crédit d'un lecteur multimédia MP3. Il a également allégué s'acheter parfois des disques de musique classique quand il en avait les moyens.

12. Invitée à se prononcer, la caisse, dans sa réponse du 1er décembre 2005, a conclu préalablement à l'irrecevabilité du recours. Elle estime en effet que le recours est totalement dépourvu de motivation et les conclusions inintelligibles. Quant au fond, elle conclut au rejet du recours. Elle relève que l'assuré ne conteste pas les montants fixés.

13. Par courrier du 7 décembre 2005, l'assuré a une nouvelle fois affirmé ne pas pouvoir payer les montants dus.

14. Ce courrier a été transmis à la caisse.

15. Lors de l'audience de comparution personnelle qui s'est tenue en date du 19 janvier 2006, le recourant a une fois encore indiqué qu'il ne disposait que de Fr. 400.- par mois et que cela ne lui permettait pas de rembourser les primes d'assurance maladie dues pour les années 2004 et 2005.

16. Sur ce, 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. 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 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (cf. art. 60 LPGA). Même si le recourant ne semble pas maîtriser la langue française, il ressort toutefois clairement de ses courriers qu'il avait bien l'intention de s'opposer à la décision de la caisse et ce, en raison de son manque de ressources financières. La question de savoir si cette argumentation est pertinente ou non ne ressort pas de la recevabilité du recours. Il convient donc d'entrer en matière.

4. 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.

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.

   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, ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas.

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). Les seuls arguments avancés par le recourant sont son incapacité à assumer le paiement de ses primes. Or, à cet égard, il convient de relever que sa condition financière modeste a déjà été prise en considération puisqu'il bénéficie de subsides cantonaux. Il lui incombe donc d'assumer le solde du montant de la prime.

9. Quant au montant dû, il n'est, en tant que tel, pas contesté. Dès lors, le recours 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 :

2. Le rejette.

3. Prononce la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n°05 163592 Z.

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