RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4355/2005 **ATAS/100/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 2 février 2006

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à ONEX recourant

contre

PHILOS, caisse maladie-accidents, section AMBB, avenue du Casino 13, 1820 MONTREUX intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges.

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1945, est affilié, 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) et ce, depuis le 1er janvier 2002.

2. Le 24 novembre 2003, l'assuré a demandé à la caisse d'annuler son contrat. Il a affirmé souhaiter prendre en toute connaissance de cause le risque de ne pas être assuré. Il a par ailleurs indiqué qu'il entendait solliciter une dispense du service de l'assurance maladie de Genève (SAM).

3. 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 légales n'étant pas remplies.

4. Entre-temps, la caisse a engagé une poursuite concernant les primes de l'année 2004. En définitive, le Tribunal cantonal des assurances sociales, par jugement du 15 novembre 2004, a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition de la caisse. Le Tribunal fédéral des assurances, saisi à son tour, par arrêt du 16 février 2005, a débouté l'assuré.

5. Le 18 mai 2005, après un premier rappel, la caisse a notifié à l'assuré une sommation de payer les primes dues pour l'année 2005 soit un montant de fr. 3'044.60.

6. Le 15 août 2005, un commandement de payer le montant de fr. 3'044.60 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° 05 194419 S).

7. Par décision du 24 octobre 2005, la caisse a levé l'opposition au commandement de payer précité.

8. Le 2 octobre 2005, l'assuré a fait opposition à cette décision.

9. Par décision du 1er décembre 2005, 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.

10. Le 12 décembre 2005, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition de la caisse. L'assuré fait valoir en substance qu'il compte se battre contre l'escalade des coûts de la santé et la "mascarade politico-judiciaire qui oblige les citoyens responsables et conscients en excellente santé car vivant tout à fait sainement à s'affilier à une caisse-maladie dont le seul but est de s'enrichir et qui ne fait rien pour la prévention". Il conteste par ailleurs l'application de la loi dont il estime qu'elle a été acceptée de justesse il y

a moins de dix ans par une population "trompée par les faux arguments du Conseil fédéral" et par la "propagande des milieux de l'industrie pharmaceutique". En définitive il indique refuser de se faire le complice d'un tel système et demander formellement à être libéré de l'obligation de s'affilier à une caisse d'assurance-maladie.

11. Dans sa réponse du 5 janvier 2006, 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. 3'044.60 correspondait à la prime annuelle (12 x 258,80) moins une réduction de 1,5 % pour paiement annuel (46.60) et un remboursement de la taxe environnementale (14.40).

12. Par courrier du 22 janvier 2006, le recourant a encore demandé, en substance, que l'on examine son cas non pas sous l'angle purement juridique mais également idéologique. Il affirme en définitive n'avoir nul besoin de médecin, de pharmacien, d'hôpital, de caisse-maladie ou encore de loi sur l'assurance-maladie.

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.

Ainsi que le Tribunal de céans l'a déjà relevé dans son jugement du 15 novembre 2004, l'argumentation du recourant pour sortir du système de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie est vaine, car le juge cantonal, 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) et rappelé au recourant lui-même concernant ses primes 2004, 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.

6. Il est par ailleurs utile de rappeler que la juridiction administrative peut prononcer une amende à l'égard de celui dont le recours est jugé téméraire ou constitutif d'un emploi abusif des procédures prévues par la loi (art. 88 al. 1 LPA). Cette amende n'excède pas Fr. 5'000.-- (art. 88 al. 2 LPA). D'après la jurisprudence, agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie viole une obligation qui lui incombe ou lorsqu'elle soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF 124 V 287 consid. 3b, 112 V 334 consid. 5a et réf. citées). Tel est le cas du recourant en l'occurrence qui a déjà initié la même procédure en 2004 et a déjà invoqué les mêmes arguments. Ayant été débouté par la Haute Cour, il ne pouvait ignorer que ses arguments sont infondés. En conséquence, un émolument de 150.- lui est réclamé.

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. Condamne Monsieur M_____ au paiement d'un émolument de fr. 150.-.

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 :
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