

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4431/2005

ATAS/537/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 7 juin 2006

En la cause

Monsieur M_____, Chiasso (TI)

recourant

contre

INTRAS ASSURANCES SA, rue Blavignac 10, 1227 CAROUGE

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M _____, né le 1948, est affilié à INTRAS ASSURANCES SA (ci-après: INTRAS), pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.
2. Le 7 juillet 2001, l'assuré a annoncé au contrôle de l'habitant de la commune de Chiasso au Tessin, dans laquelle il était domicilié, qu'il quittait ce domicile pour une destination inconnue.
3. En date du 21 septembre 2001, l'assuré a été admis à "établissement hospitalier" de Mendrisio et a ensuite été immédiatement transféré au "établissement hospitalier" à Lugano (ci-après: "établissement hospitalier"). Il a subi un by-pass le 26 septembre 2001 et est sorti du "établissement hospitalier" le 29 octobre 2001.
4. Les frais de l'hospitalisation au "établissement hospitalier" se sont élevés à 79'280 fr. La facture y relative a été adressée à l'assistance publique tessinoise qui, par décision du 4 mars 2004, en a garanti le paiement.
5. Par courrier du 20 juillet 2004, le bureau de soutien social et de réinsertion du canton du Tessin a demandé à la direction d'INTRAS de bien vouloir prendre en charge l'hospitalisation auprès du "établissement hospitalier". Les recherches effectuées avaient en effet mis en évidence que l'assuré avait été domicilié au Tessin jusqu'au 7 juillet 2001, date à laquelle il avait annoncé son départ pour l'étranger. INTRAS n'avait toutefois pas rayé l'assuré de la liste de ses affiliés. Partant, il n'y avait pas de lacune d'assurance et INTRAS était tenue de prendre en charge les frais d'hospitalisation.
6. En date du 23 juillet 2004, INTRAS a répondu que l'assuré avait été affilié auprès de la caisse du 1^{er} septembre au 30 novembre 1998, date de son départ pour l'étranger. Il avait annoncé son retour sur territoire suisse en 2001 et demandé à être assuré dès le 1^{er} novembre 2001. L'hospitalisation au "établissement hospitalier", antérieure au début de la couverture d'assurance, n'était pas à la charge d'INTRAS.
7. Par lettre du 16 février 2005, le bureau de soutien social et de réinsertion du canton du Tessin a maintenu qu'il appartenait à INTRAS de prendre en charge les frais d'hospitalisation. En effet, d'après les renseignements téléphoniques obtenus de l'agence d'INTRAS à Lugano, l'assuré faisait partie du cercle des affiliés de la caisse lors de son hospitalisation le 21 septembre 2001.
8. Par courrier du 3 mars 2005, INTRAS a informé les autorités tessinoises qu'elle acceptait de prendre en charge les frais de l'hospitalisation au "établissement hospitalier".

9. Le 23 mars 2005, INTRAS a écrit au "établissement hospitalier" pour l'informer que la couverture de l'assuré avait débuté le 1^{er} septembre 2001. L'assureur expliquait que s'il n'était pas intervenu plus tôt, c'est que l'assuré avait omis de signaler son retour en Suisse au mois de septembre 2001. Vu l'importance de la facture, INTRAS souhaitait obtenir du "établissement hospitalier" davantage de précisions avant de procéder au remboursement. Par lettre datée du 4 avril 2004 (recte: 2005), "établissement hospitalier" a confirmé que, après vérification, les frais d'hospitalisation s'élevaient à 47'189 fr. 15.
10. INTRAS a ensuite adressé à l'assuré, en date du 23 mars 2005, une facture de 434 fr. représentant les primes d'assurance des mois de septembre et octobre 2001.
11. L'assuré a contesté son obligation de payer ces primes par lettre du 5 avril 2005. Il faisait valoir qu'il n'avait pas souscrit d'assurance pour la période en question.
12. INTRAS a répondu, en date du 12 avril 2005, que selon les informations obtenues du département de l'action sociale du Tessin, l'assuré se trouvait sur le territoire suisse en septembre 2001, au moment de son hospitalisation. Il lui appartenait donc de s'acquitter des primes d'assurance de septembre et octobre 2001, et ce d'autant plus que la caisse avait pris en charge rétroactivement les frais de son hospitalisation.
13. Entre avril et juillet 2005, INTRAS a adressé à l'assuré deux séries de rappels en relation avec le non paiement de primes, dont celles des mois de septembre et octobre 2001, et de la participation aux frais médicaux. Dans la deuxième série de rappels, l'attention de l'assuré était attirée sur le fait que, à défaut de paiement dans un délai de quatorze jours, il serait procédé au recouvrement des montants impayés par voie de poursuite.
14. N'ayant pas été payée, INTRAS a engagé une poursuite à l'encontre de l'assuré. Un commandement de payer, poursuite n° 637178, pour un montant de 1'211 fr. 10 - représentant une participation aux frais médicaux de 2005 (deux factures de 503 fr. 85 et de 80 fr. 95) et des primes impayées, de septembre et octobre 2001 (de 434 fr.) et de mars à mai 2005 (64 fr. 10 par mois compte tenu du subside) - auquel s'ajoutaient des frais de rappel et de dossier à hauteur de 170 fr., a été notifié à l'assuré en date du 22 septembre 2005. Ce commandement de payer, auquel l'assuré a formé opposition, ne portait pas d'intérêts.
15. Par décision du 28 septembre 2005, INTRAS a levé l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 637178.
16. Par lettre du 6 octobre 2005, l'assuré a demandé à INTRAS de bien vouloir lui préciser de quelles primes il était question et de lui adresser une copie des factures y relatives.

17. En date du 12 octobre 2005, INTRAS a adressé à l'assuré un relevé des factures relatives à la poursuite engagée.
18. L'assuré a formé opposition contre la décision d'INTRAS du 28 septembre 2005, par lettre recommandée du 2 novembre 2005. Il reprochait à l'assureur de ne pas lui avoir envoyé une copie de la facture de 434 fr. relative aux primes de septembre et octobre 2001, qu'il avait toutefois fini par trouver dans ses archives. Il rappelait avoir immédiatement contesté le contenu de cette facture, dès lors qu'il était domicilié à l'étranger à cette époque et qu'il n'était par conséquent pas soumis à l'obligation d'assurance en Suisse. INTRAS aurait dû refuser de prendre en charge les frais de son hospitalisation. Il demandait aussi une réduction de sa participation aux frais de pharmacie, dès lors qu'il avait insisté pour obtenir des médicaments génériques, beaucoup moins chères. Son opposition au commandement de payer était donc parfaitement justifiée. Il concluait au maintien de l'opposition pour 434 fr., à la réduction de la participation aux frais et à l'octroi d'une indemnité raisonnable pour ses frais de recherche.
19. INTRAS a rejeté l'opposition de l'assuré, par décision du 8 novembre 2005, au motif que les factures à l'origine de la poursuite n'étaient toujours pas payées.
20. Par acte mis à la poste le 16 novembre 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conteste principalement la facture relative aux primes des mois de septembre et octobre 2001, le contrat d'assurance ayant pris effet au plus tôt le 1^{er} novembre 2001. Selon une attestation du contrôle de l'habitant de la Commune de Balerna, datée du 16 novembre 2005, il avait pris domicile dans cette commune le 15 novembre 2001, à son retour du Portugal; il ne pouvait donc pas être tenu pour responsable du fait qu'INTRAS avait payé, sans y être tenue, les frais de l'hospitalisation au "établissement hospitalier". Enfin, il demande une réduction de sa participation aux frais des médicaments, pour avoir acheté des génériques.
21. Dans sa réponse du 24 janvier 2006, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle rappelle l'obligation pour les assurés de payer les primes et les participations aux frais médicaux et relève que le recourant, s'agissant des primes impayées de 2005, ne contestait ni le principe ni le montant des factures. Il ne contestait pas non plus le décompte de la participation aux frais médicaux. Partant, sur ces points, la décision querellée devait sans autre être confirmée. Seule la facture de 434 fr. relative aux primes de septembre et octobre 2001 était contestée, dans son principe, et non dans sa quotité. Or, l'affiliation au 1^{er} septembre 2001 était intervenue à la demande des autorités cantonales compétentes. Par ailleurs, le recourant se trouvait bien au Tessin au moment de son hospitalisation. Partant, l'affiliation paraissait justifiée. Compte tenu du caractère téméraire de la procédure engagée et du fait que le recourant avait déjà succombé dans une affaire similaire (A/1163/2003 - ASSU), l'intimée estimait que les frais de justice devaient être mis à sa charge.

22. Par courrier du 27 janvier 2006, le Tribunal de céans a transmis la réponse de l'intimée au recourant, en l'invitant à répliquer avant le 22 février 2006.
23. Le recourant a présenté sa réplique en date du 3 février 2006, dans laquelle il a maintenu les arguments développés dans le recours.
24. Une copie de cette écriture a été communiquée à l'intimée en date du 9 février 2006. 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 1^{er} 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 de la loi fédérale sur la partie générale 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).
3. a) 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). En l'espèce, en tant qu'il porte sur le paiement des primes de septembre et octobre 2001, le litige est soumis au droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. La LPGA est en revanche applicable aux prétentions de l'assureur découlant des obligations financières du recourant (paiement des primes et participation aux frais médicaux) afférentes à l'année 2005.

b) 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues

dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. INTRAS ayant en l'espèce son siège dans le canton de Genève, le Tribunal de céans est compétent *ratione loci* pour connaître du présent litige.
5. Interjeté en temps utile, dans les formes et les délais légaux, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56, 58 et 60 LPGA).
6. Les assureurs doivent faire valoir leurs 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, de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations - par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP) ou par celle de la compensation. Ainsi, les décisions et décisions sur opposition qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (art. 54 al. 2 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003; art. 88 aLAMal en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et ATF 126 V 268 ss consid. 4a et les références).
7. a) La poursuite à l'origine de la présente procédure concerne, d'une part, des primes impayées de mars à mai 2005 (trois factures de 64.10 fr.) ainsi que la participation à des frais médicaux, selon factures des 7 février et 11 avril 2005 (respectivement de 80.95 fr. et de 503.85 fr.); elle vise, d'autre part, des primes impayées de septembre et octobre 2001 (434 fr.).

b) S'agissant des primes de 2005, le recourant ne prouve ni même n'allègue qu'il n'en est pas redevable, au motif qu'il les aurait acquittées ou pour toute autre raison. Il n'avance d'ailleurs dans le recours aucun grief concernant ces primes.

c) Il en va de même de la participation aux frais médicaux, le recourant se bornant à faire valoir qu'il mériterait une récompense sous forme d'une réduction de sa participation aux frais de pharmacie, pour avoir exigé des médicaments génériques, moins chers. Cet argument est dénué de toute portée juridique et n'est au demeurant étayé par aucune preuve.

d) Partant, dans la mesure où le recourant ne remet pas sérieusement en cause ses obligations financières afférentes à 2005, ni dans leur principe ni dans leur quotité, le Tribunal de céans admettra que les montants réclamés par INTRAS dans la poursuite 637178 concernant les primes impayées de mars à mai 2005 et la participation aux frais médicaux pour 2005 sont exacts et dus. INTRAS était ainsi fondée à poursuivre le recourant pour le recouvrement de ces sommes impayées, ainsi que pour les frais de rappel (ATF 125 V 276 et art. 31 al. 3 des conditions

générales d'INTRAS pour l'assurance MINIMA, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2005). Quant à la question des intérêts moratoires, elle ne se pose pas, l'intimée ne les ayant pas inclus dans la poursuite.

8. Le seul point litigieux concerne la facturation par l'intimée de 434 fr. pour les primes des mois de septembre et octobre 2001.
9. Selon l'art. 3 al. 1 LAMal toute personne domiciliée en Suisse est tenue de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins, et ce dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais de l'art. 3 al. 1 LAMal, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1 LAMal). En cas d'affiliation tardive, soit après les trois mois, elle déploie ses effets dès l'affiliation (art. 5 al. 2 LAMal). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal).
10. Le recourant allègue à cet égard être retourné au Tessin le 15 novembre 2001, après avoir séjourné à l'étranger. Il prétend qu'avant cette date il n'était pas domicilié en Suisse et ne pouvait donc pas être soumis à l'obligation d'assurance. INTRAS considère en revanche que la reprise de domicile en Suisse du recourant remonte dans les faits à septembre 2001 et non pas à novembre 2001, ce qui justifie l'affiliation dès le mois de septembre 2001. En l'espèce, avant d'aborder la question de la date effective du retour de l'assuré en Suisse, il convient de déterminer si le recourant a, d'abord, cessé d'être soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse (art. 5 al. 3 LAMal), en raison de départ pour l'étranger.
11. a) Il est constant que l'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi, le domicile en Suisse constitue le critère déterminant à la base de l'obligation d'assurance (ATFA non publié du 2 avril 2002, K 78/01, consid. 4; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 11).

b) Contrairement au début de l'assurance, qui présuppose que l'assuré ait annoncé sa volonté de s'affilier à l'assureur, l'assurance obligatoire des soins prend fin lorsque l'un des événements qui fait cesser l'obligation de s'assurer se réalise, notamment le décès de l'assuré ou la constitution d'un nouveau domicile à l'étranger (ATFA non publié du 2 avril 2002, K 78/01, consid. 4). Dès que cet événement se produit, les rapports d'assurance prennent fin automatiquement, sans résiliation particulière (EUGSTER, *op. cit.*, n° 22). L'événement en question doit être communiqué à l'assureur uniquement pour l'exécution des formalités administratives.

c) En principe, l'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants; dans tous les cas le jour du départ effectif

de la Suisse (EUGSTER, *op. cit.*, n° 23; cf. art. 7 al. 3 OAMal pour les ressortissants étrangers). Afin de tenir compte de l'obligation d'assurance selon l'art. 3 al. 1 LAMal et de la volonté du législateur de prévoir une couverture d'assurance sans failles, l'annonce de départ au contrôle de l'habitant ne constitue dans les faits qu'un indice de l'abandon du domicile en Suisse (ATFA non publié du 2 avril 2002, K 78/01, consid 4). La jurisprudence considère que l'obligation d'assurance doit se poursuivre dans les cas d'assurés suisses qui annoncent leur départ à l'étranger ou qui quittent le territoire suisse sans toutefois créer un nouveau domicile à l'étranger (ATFA non publié du 2 avril 2002, K 78/01, consid. 4).

12. Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile comporte donc deux éléments : l'un objectif, la résidence dans un lieu donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer. La jurisprudence actuelle (ATF 127 V 238 consid. 1, 125 V 77 consid. 2a, 120 III 8 consid. 2a) ne se fonde toutefois pas sur la volonté intime de l'intéressé, mais sur l'intention manifestée objectivement et reconnaissable pour les tiers. L'intention de s'établir peut se concrétiser sans égard au statut de la personne du point de vue de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales (ATF 120 III 8 consid. 2b et les références). Toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (art. 24 al. 1 CC). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents et qu'elle a des relations avec ces deux endroits, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (ATF 125 III 100).
13. En l'espèce, il y a lieu de constater à la lecture des pièces au dossier que le recourant a annoncé son départ pour une destination inconnue le 7 juillet 2001, au service du contrôle de l'habitant de la Commune de Chiasso (Tessin), dans laquelle il était domicilié. Il a annoncé son retour sur territoire suisse au contrôle de l'habitant de la Commune de Balerna (Tessin) en date du 15 novembre 2001, en indiquant qu'il rentrait du Portugal. Il s'est ensuite établi, le 31 mars 2002, à Morbio Inferiore (Tessin).
14. Dans son recours, le recourant n'allègue, ni ne prouve, qu'il aurait quitté le Tessin pour s'installer définitivement au Portugal, notamment pour des raisons professionnelles ou familiales, ni qu'il aurait des attaches particulières avec ce pays. Il ne produit au demeurant aucun document attestant de la création d'un domicile effectif au Portugal (titres de séjour, documents officiels de la commune de domicile étrangère, contrats de bail, contrats de travail, etc.). Il convient aussi de relever que le départ de Suisse a été annoncé à Chiasso et le retour à Balerna, dans des communes situées à proximité, à quelques mois à peine d'intervalle. Enfin, le

recourant se trouvait sur sol tessinois déjà au mois de septembre 2001, lorsqu'il a été hospitalisé.

15. L'ensemble de ces éléments, ainsi que la brièveté du séjour à l'étranger annoncé, ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a abandonné son domicile au Tessin et créé un nouveau domicile à l'étranger durant la période litigieuse, entre juillet et fin octobre 2001. Bien au contraire, il apparaît que le recourant a fait du canton du Tessin, du district du Mendrisiotto plus particulièrement, le centre de ses relations et de ses intérêts, le centre de gravité de son existence. Partant, ayant été toujours soumis à l'obligation d'assurance en Suisse, il était tenu de s'acquitter des cotisations d'assurance, à tout le moins pendant les deux mois litigieux de septembre et octobre 2001.

16. a) Même si le recourant avait effectivement constitué un nouveau domicile à l'étranger, ce qui est douteux, il convient de constater que son affiliation à INTRAS a repris effet au mois de septembre 2001, lors de son retour effectif au Tessin.

b) Selon l'art. 5 al. 1 LAMal, lorsque l'assuré s'annonce à l'assureur-maladie dans les trois mois, l'assurance obligatoire des soins déploie ses effets non pas à partir de la date de l'affiliation, mais à partir de la naissance de l'obligation d'assurance, soit de la prise effective de domicile en Suisse. A l'instar de ce qui a été indiqué plus haut à l'égard de la fin de l'obligation d'assurance, l'annonce au contrôle de l'habitant du retour en Suisse ne coïncidera pas nécessairement avec la prise de domicile effective (*cf.* EUGSTER, *op. cit.*, n° 20, note de bas de page 41), qui aura pu intervenir à une date antérieure. Or, c'est cette dernière date qui sera décisive pour déterminer le début de l'affiliation.

c) En l'espèce, l'assuré a annoncé au service du contrôle de l'habitant de Balerna son retour au Tessin en date du 15 novembre 2001. Il s'est aussi annoncé à INTRAS au mois de novembre, la couverture ayant pris effet, dans un premier temps, au 1^{er} novembre 2001. Dans la mesure où il est apparu par la suite que le recourant se trouvait dans les faits déjà au Tessin au mois de septembre 2001, lorsqu'il a été hospitalisé, INTRAS a fait partir le début de l'affiliation au 1^{er} septembre, retenant que cela correspondait à la prise de domicile effective, conformément à l'art. 5 al. 1 LAMal. Ce raisonnement paraît correct, dès lors que le recourant ne fournit aucune explication et ne produit aucun document de nature à démontrer qu'il aurait été (encore) domicilié au Portugal au mois de septembre 2001. Il se borne à faire référence à l'attestation du contrôle de l'habitant de Balerna, qui serait d'après lui déterminante pour établir la date de son retour en Suisse. Or, un tel document, établi sur la base de ses seules déclarations, n'est pas de nature à démontrer la date de reprise effective du domicile en Suisse. Au vu de l'ensemble de ces éléments, en particulier le fait que le recourant se trouvait effectivement au Tessin au mois de septembre 2001, lorsqu'il a été hospitalisé, et qu'il a annoncé son retour en Suisse auprès des autorités de contrôle de l'habitant peu de temps après sa sortie de

l'hôpital, il y a lieu de retenir que la reprise de domicile au Tessin a eu lieu au mois de septembre 2001. Partant, pour cette raison aussi, c'est à juste titre qu'INTRAS lui a facturé les deux mois de primes litigieux.

17. a) Enfin, en tout état de cause, le Tribunal de céans observe que le refus du recourant de payer les primes d'assurance des mois de septembre et octobre 2001, après avoir bénéficié de soins médicaux particulièrement onéreux pendant cette même période, intégralement pris en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins, apparaît comme constitutif d'un abus de droit. L'interdiction de l'abus de droit, posée à l'art. 2 al. 2 CC, est en effet un principe fondamental de l'ordre juridique valable aussi en droit public, en particulier en droit des assurances sociales (ATF 131 V 97; DUC, L'abus de droit et la bonne foi dans le domaine des assurances sociales selon la pratique du Tribunal fédéral des assurances, in: Abus de droit et bonne foi, Fribourg 1994, pp. 247 ss). Il y a abus de droit lorsque l'exercice d'un droit subjectif apparaît, dans un cas concret, manifestement contraire au droit ou lorsqu'une institution juridique est utilisée manifestement à l'encontre de la finalité pour laquelle elle a été créée (MOOR, Droit administratif, vol. I, Berne 1994, p. 435). En application de ce principe, le juge ne devra pas soutenir une solution formellement conforme au droit mais qui irait manifestement à l'encontre des règles éthiques les plus élémentaires (ATF 131 V 97, consid. 4.3). Dès lors, le recourant ne saurait se prévaloir du domicile à l'étranger, au demeurant contesté, pour refuser de payer les cotisations d'assurance, et ce après avoir bénéficié de prestations d'une importance nettement supérieure à celle des primes. L'argument du recourant consistant à dire que si l'intimée n'avait pas pris en charge son hospitalisation, les frais de celle-ci auraient été entièrement à la charge de l'assistance publique, ce qui aurait été plus favorable pour lui, ne mérite pas d'être défendu, ce d'autant plus que, dans une telle hypothèse, le recourant aurait été le débiteur de la facture du "établissement hospitalier".
18. En résumé, pour tous les motifs qui viennent d'être exposés, INTRAS est légitimée à réclamer au recourant le paiement du montant de 434 fr, au titre des primes des mois de septembre et octobre 2001.
19. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère en tous points mal fondé.
20. a) La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances sociales est gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA; art. 89H de loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA). Toutefois, des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 89H LPA et art. 61 let. a LPGA).
- b) Selon la jurisprudence, agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait 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 soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à retirer son recours. Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité : il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (ATFA non publié du 21 février 2006, K 11/05, consid. 2.2 et les références).

c) En l'espèce, le Tribunal de céans constate qu'en ce qui concerne le non paiement des primes de 2005 et de la participation aux frais médicaux, le recours présente à tout le moins le caractère de la légèreté. Le recourant a en effet déjà été débouté pour des faits similaires par le Tribunal administratif de Genève, agissant en tant que Tribunal cantonal des assurances sociales, par arrêt du 6 juillet 2004 (ATA/579/2004).

Le recours contre le paiement des primes pour septembre et octobre 2001 constitue en outre un abus de droit.

Cela étant, le recourant sera condamné à un émolument de justice de 500 fr.

**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 formée au commandement de payer, poursuite n° 637178, pour le montant de 1'211 fr. 10, plus frais administratifs de 170 fr. et frais de poursuite.
4. Condamne le recourant à un émolument de 500 fr.
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

Yaël BENZ

La Présidente :

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI RIZZI

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