RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/5/2005 **ATAS/565/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème Chambre

Du 15 juin 2005

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Genève recourant

contre

ASSURA SA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise à Z.I. En Budron A1, à Le Mont-sur-Lausanne intimée

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, juges.

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1961, a été affilié d'office depuis le 1er juillet 2001 auprès d'ASSURA SA, assurance-maladie et accident (ci-après ASSURA) pour l'assurance obligatoire des soins Basis, avec une franchise annuelle de 1'500 fr., risque accident non inclus. Ses primes mensuelles pour l'année 2004 s'élevaient à 243 fr. L'assuré bénéficiait en outre d'un subside cantonal.

2. La validité de cette affiliation d'office a été confirmée par le Tribunal administratif (ci-après le TA) dans un arrêt du 16 avril 2002. Un nouveau recours interjeté par l'assuré a été déclaré irrecevable par arrêt du TA du 26 novembre 2002.

3. Depuis lors, l'assuré conteste devoir payer des primes. De nombreux rappels et mises en demeure lui ont été adressés, en vain.

4. Le 28 juillet 2004, la caisse-maladie a adressé à l'Office des poursuite une réquisition de poursuite pour les cotisations impayées du 1er avril au 30 juin 2004, d'un montant de 549 fr. avec intérêts moratoires à 5% dès le 1er avril 2004, plus 30 fr. de frais administratifs.

5. L'Office des poursuites a notifié à l'assuré en date du 4 septembre 2004 un commandement de payer poursuite n° 04 215763 Y pour les montants précités, auquel l'intéressé a formé opposition totale.

6. Dans un courrier adressé le 15 septembre 2004 à la caisse-maladie, l'intéressé a invoqué une violation de la procédure d'affiliation.

7. Par décision du 19 octobre 2004, l'assurance a prononcé la mainlevée de l'opposition.

8. Par courrier du 31 octobre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision, au motif que l'assureur ne pouvait se prévaloir d'un droit à la mainlevée, dès lors que « seule une décision exécutoire qui portait à condamnation » octroyait le droit de mainlevée.

9. Par décision sur opposition du 1er décembre 2004, ASSURA a rejeté l'opposition.

10. Par courrier du 1er janvier 2005, l'assuré a recouru contre cette décision devant le Tribunal de céans, alléguant que l'assureur n'avait pas respecté les règles de procédure, en ce sens qu'il n'était pas au bénéfice d'une décision exécutoire lui permettant d'ordonner une mainlevée définitive. Il a également fait valoir que la décision sur opposition ne portait pas sur l'objet du litige. Enfin, il a relevé que son affiliation d'office n'était pas valable et qu'il n'était dès lors pas tenu de payer les primes d'assurance.

11. Dans sa réponse du 24 janvier 2005, ASSURA, concluant au rejet du recours, a exposé avoir procédé conformément aux dispositions légales. Les primes d'avril à juin 2004 s'élevant à 183 fr. par mois (total : 549 fr.), 30 fr. de frais administratifs, ainsi que des frais de poursuite et des intérêts étaient dus.

12. Dans une réplique du 12 mars 2005, l'assuré a rappelé qu'il n'avait jamais été affilié d'office, que le « contrat » avec la caisse-maladie n'était pas valable et qu'il n'avait dès lors pas à payer de primes d'assurance-maladie.

13. Par duplique du 30 mars 2005, ASSURA a persisté dans son argumentation et ses conclusions.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 (art. 162 LOJ).

2. Le Tribunal de céans connaît, en instance unique, des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; art. 56V LOJ).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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, le litige porte sur des primes d'assurance-maladie impayées pour la période du 1er avril au 30 juin 2004. En conséquence, les dispositions matérielles de la LPGA s'appliquent. 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).

4. Interjeté dans les formes et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Il sied de rappeler que l'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Ainsi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe que toute personne domiciliée en Suisse est tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie (ATF 126 V 268 consid. 3b et les références).

   L'obligation de payer des primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation valable auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61).

   Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Selon le chiffre 15.1 des conditions générales d'assurance LAMal d'ASSURA en vigueur depuis le 1er janvier 2003 (ci-après les CGA), les primes sont payables d'avance aux échéances convenues. L'art. 17 CGA précise que l'assuré, qui malgré rappel et mise en demeure, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une procédure de recouvrement par voie de poursuite (art. 90 al. 3 OAMal). Dans ce cas, les frais administratifs sont mis à la charge de la personne assurée.

6. Le recourant persiste à remettre en cause son affiliation auprès de l'intimée en invoquant, entre autres vices de procédure, la contrainte. Le Tribunal de céans n'entrera toutefois pas en matière sur ces griefs et rappelle au recourant qu'il a déjà déclaré son recours irrecevable par arrêt du 22 septembre 2004 portant sur la même question (arrêt du 22 septembre 2004 en la cause ATAS/746/2004). Le recours est, sur ce point, irrecevable.

7. En l'occurrence, bien qu'il n'ait pas payé les primes de l'assurance-maladie, le recourant, domicilié en Suisse, n'a pas cessé d'être soumis à l'obligation d'assurance, de sorte que sa couverture d'assurance n'a pas pris fin (art. 5 al. 3 LAMal). L'intimée était en conséquence en droit de le poursuivre pour le montant des primes d'avril à juin 2004 demeurées impayées, ainsi que pour les frais de rappel causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276, not. 277 consid. 2c/cc ; RAMA 2001 No KV 151 p. 117; chiffre 17.1 CGA ASSURA 2003). En effet, selon la jurisprudence, il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations. Dans ce contexte, il n'y a pas de place pour l'application des règles du code des obligations

sur la conclusion des contrats (cf. ATFA du 29 janvier 2003 K 28 et 30/02). Les arguments du recourant sont à cet égard irrelevants.

8. Le recourant invoque une violation des règles de procédure, dans la mesure où l'assureur a déclaré sa créance « jugement exécutoire ».

   Les conséquences de la non-exécution des obligations financières de l'assuré ne sont réglées ni par la LAMal ni dans une norme de délégation qui serait contenue dans cette loi et qui chargerait le Conseil fédéral de réglementer ces questions. C'est pourquoi les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions par la voie de l'exécution forcée selon la 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). L'art. 54 al. 2 LPGA prévoit que les décisions et les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'art. 80 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (ATF 126 V 268, consid. 4a et les références ; 125 V 273 consid. 6c). Ce système, instauré par la loi, ne préjuge en rien du droit de recours des assurés devant une autorité judiciaire, tant sur le plan cantonal que sur le plan fédéral (art. 56 et 62 LPGA). A cet égard, il convient de relever que le recourant a fait usage de l'ensemble des voies de droit existantes et qu'il a ainsi pu faire valoir ses arguments à chaque stade de la procédure. Ses griefs sont ainsi dénués de tout fondement.

   Pour le surplus, le recourant ne fait valoir aucun argument de nature à remettre en cause la décision de l'intimée et son recours, mal fondé, doit être rejeté.

9. Cependant, en ce qui concerne les frais et dépens de la cause, l'art. 61 LPGA précise que les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en règle générale, gratuite ; des émoluments de justice et des frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. 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.

   Le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a précisé dans sa jurisprudence qu'un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité. Le fait qu'un recours soit dépourvu de chances de succès ne suffit pas a priori à lui seul à lui conférer un tel caractère. Encore faut-il qu'un élément - critiquable - s'ajoute subjectivement parlant : la partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chances de succès (VSI 1998 p. 194). Dans le cadre de litiges portant sur des cotisations de la

prévoyance professionnelle, jurisprudence applicable par analogie au cas d'espèce, le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement le comportement du débiteur des cotisations dans la procédure judiciaire, mais également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285).

10. En l'espèce, il convient de déterminer si le défendeur a agi avec légèreté ou témérité, justifiant une exception au principe de la gratuité de la procédure, puis, cela fait, si des dépens peuvent être octroyés à l'intimée.

    Au vu de l'attitude du défendeur avant le procès ainsi qu'au cours de la procédure judiciaire, la légèreté et la témérité de son comportement doivent être constatées. En effet, il persiste à contester la validité de son affiliation d'office auprès d'ASSURA, malgré l'arrêt entré en force du TA qui confirme ladite validité, ainsi qu'à ne pas payer ses primes d'assurance-maladie, ce qui contraint la caisse-maladie à lui signifier des rappels et à entreprendre systématiquement des poursuites auxquelles il forme opposition totale. Enfin, il recourt contre les décisions sur opposition de l'assurance, reprenant inlassablement les mêmes arguments qui ont déjà été rejetés par arrêt du Tribunal de céans (cause ATAS/1004/2004), également entré en force.

    Au vu de ces différents éléments, le Tribunal de céans est fondé, compte tenu de la jurisprudence précitée, à lui réclamer un émolument à titre de frais de procédure. Pour en fixer le montant, le Tribunal statue dans les limites établies par règlement du Conseil d'Etat. Les frais de procédure qui peuvent être mis à la charge de la partie comprennent l'émolument d'arrêté et les débours (art. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative) En règle générale, l'émolument d'arrêté n'excède pas 10'000 fr. (art. 2 al. 1 du règlement précité). Le Tribunal condamnera dès lors le défendeur à payer un émolument de 500 fr.

11. Le défendeur ayant agi de manière légère et téméraire, reste à examiner la question des dépens.

    Le TFA a 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 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 (VSI 2002 p. 61).

    Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause en procédure cantonale et sont représentés par un avocat ou, d'une autre manière, par une personne qualifiée, peuvent prétendre à des dépens lorsque l'adverse partie procède à la légère ou de manière téméraire. En l'absence d'une telle représentation, les autres conditions pour l'octroi de dépens à une partie non représentée doivent être données, en sus de celles liées à la témérité ou la légèreté (ATF 128 V 323). Selon l'ATF 110 V 134

consid. 4d, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens pour les frais de travail personnel et pour les vacations, sauf circonstances particulières. Une telle situation d'exception doit être admise lorsque les conditions suivantes sont cumulativement réunies : il faut qu'il s'agisse d'une affaire compliquée avec une valeur litigieuse élevée. Il faut en outre que la sauvegarde des intérêts de la partie en question nécessite une grande quantité de travail qui dépasse le cadre de ce que l'on peut normalement et raisonnablement exiger de quelqu'un pour s'occuper de ses affaires personnelles ; il faut donc une masse de travail qui gêne de manière importante l'occupation normale (par exemple professionnelle). Enfin, il faut qu'il y ait un rapport raisonnable entre le travail fourni et le résultat de la sauvegarde des intérêts de la personne concernée (ATF 110 V 82 consid. 7 et 135 consid. 4b ; VSI 2002 p. 60). On se base sur la situation concrète de la partie qui réclame des dépens pour juger si ces diverses conditions sont remplies cumulativement (RCC 1989 p. 274 consid. 5c).

Le Tribunal constate que la caisse-maladie a agi sans mandataire pour faire valoir sa créance. Il ne s'agit en outre pas d'une affaire complexe au niveau des faits ou du droit et le travail requis n'a pas dépassé le cadre de ce qui est normalement nécessaire dans un cas de ce genre. Dans ces conditions, il ne sera octroyé aucune indemnité de dépens à l'intimée.

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 en conséquence la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer poursuite n° 04 215763 Y à due concurrence.

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).

Le greffier — La Présidente :

Walid BEN AMER — Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

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