RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/550/2005 **ATAS/459/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 19 mai 2005

En la cause

Monsieur W_____, 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. Le 30 avril 2002, Monsieur W_____, né le 28 mai 1964, alors affilié, pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse ASSURA, a rempli une proposition d'assurance pour l'assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Cette proposition lui avait été soumise, à sa demande, par la caisse maladie accident PHILOS (ci-après : la caisse) et était intitulée « année 2002 – proposition d'assurance ». L'intéressé a indiqué qu'il souhaitait que l'assurance prenne effet le 1er juillet 2002 (à noter que cette mention a ensuite été biffée par l'assurance pour être remplacée par le 1er janvier 2003). Cette proposition a été signée en date du 30 avril 2002 et expédiée à la caisse, qui l'a reçue le 2 mai 2002 (pièce 1 caisse).

2. Par courrier du 30 avril 2002, l'assuré a par ailleurs contacté la caisse ASSURA et lui a demandé de résilier son contrat dès le 1er juillet 2002 (pièce 2 caisse).

3. Par courrier du 24 mai 2002, la caisse a confirmé à l'assuré que sa demande était acceptée dès le 1er janvier 2003 et qu'elle lui ferait parvenir prochainement un certificat d'assurance accompagné de la facture des primes 2003 (pièce 3 caisse).

4. Suite à un rappel de paiement daté du 13 juin 2003, l'assuré a adressé un courrier à la caisse en date du 23 juin 2003. Il y indiquait que sa famille en Chine a contracté pour lui une assurance internationale pour 2003 (pièce 4 caisse).

5. Par courrier du 8 juillet 2003, la caisse a accusé réception de cette missive et a informé l'assuré qu'elle n'acceptait de procéder à l'annulation du contrat d'assurance qu'à la seule condition qu'il lui fasse parvenir une attestation de dispense délivrée par le service de l'assurance maladie à Genève. Dans l'intervalle, elle l'a prié de s'acquitter des primes dues (pièce 5 caisse).

6. Par courrier du 17 septembre 2003, l'assuré a une nouvelle fois protesté auprès de la caisse et lui a expliqué que le contrat d'assurance qu'il avait contracté ne concernait que le reste de l'année 2002. A son courrier, il a joint un document à l'en-tête de CHINA LIFE INSURANCE COMPANY, rédigé en chinois (pièce 6 caisse).

7. Par courrier du 14 octobre 2003, la caisse s'est déclarée dans l'impossibilité de traduire l'attestation qui lui avait été transmise et a indiqué à l'assuré que, pour autant qu'il s'agisse d'une attestation d'assurance valable, il convenait de la transmettre au service de l'assurance maladie de Genève qui se chargerait de délivrer une dispense quant à l'obligation de contracter une assurance maladie en Suisse (pièce 7 caisse).

8. Une première réquisition de poursuite a été adressée par la caisse à l'office des poursuites de Genève en date du 13 novembre 2003. Le 19 décembre 2003, un commandement de payer a été notifié à l'assuré qui y a fait opposition. Celle-ci a été levée par la caisse le 27 janvier 2004, décision confirmée sur opposition le 3 mars 2004, puis par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 6 mai 2005.

9. Après les sommations d'usage, une autre réquisition de poursuite, concernant les primes des mois de juin à août 2004 (soit un montant de Fr. 733.40 au total, y compris les frais d'encaissement), a été déposée par la caisse le 15 octobre 2004.

10. Un commandement de payer a été notifié en date du 12 novembre 2004 (n°04 256825 R), auquel l'assuré a fait opposition.

11. Par décision du 12 janvier 2005, la caisse a levé l'opposition.

12. Par courrier du 4 février 2005, l'assuré a fait opposition en rappelant qu'une procédure était déjà pendante au Tribunal cantonal des assurances sociales et en invoquant les arguments déjà mentionnés à cette occasion.

13. Par décision sur opposition du 10 février 2005, la caisse a maintenu sa décision du 12 janvier 2005 concernant les capitaux de la poursuite N° 04 256825 R représentant les primes de juin à août 2004 et la taxe de sommation et écarté l'opposition formée à cette poursuite. La caisse a relevé que l'assuré avait signé une demande d'admission auprès d'elle et qu'elle lui en avait remis une copie le 8 juillet 2003 déjà, que, domicilié en Suisse, il était soumis à l'assurance obligatoire des soins et que l'attestation d'assurance qu'elle lui avait remise n'aurait pu être traduite ; qu'il lui appartenait d'obtenir du service de l'assurance maladie du canton de Genève une dispense de contracter, ce qui n'était toujours pas le cas.

14. Par courrier du 8 mars 2005, Monsieur W_____ a interjeté recours contre cette décision. Il explique avoir contracté pour l'année 2003 une assurance auprès de CHINA LIFE INSURANCE COMPANY, qui est le plus grand assureur de Chine, conteste avoir voulu s'assurer auprès de la caisse et allègue par ailleurs être au chômage sans indemnités.

15. Invitée à se prononcer, la caisse, dans sa réponse du 23 mars 2005, a adopté les mêmes conclusions que dans la procédure précédente à savoir le rejet du recours, faute de dispense d'assurance rendue par l'autorité compétente.

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. 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. Sont en outre tenus de s'assurer les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE) valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal). Sont notamment exceptées de l'obligation de s'assurer sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un Etat avec lequel il n'existe pas de réglementation sur la délimitation de l'obligation de s'assurer, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires (art. 2 al. 2 OAMal).

Selon l'art. 6 al. 1 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer. L'autorité désignée par le canton affilie d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 al. 2 LAMal).

Aux termes de l'art. 4 al. 1 de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 (LaLAMal), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis. Il statue également sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 LaLAMal). Le service de l'assurance-maladie affilie d'office les personnes soumises à l'obligation d'assurance qui refusent ou négligent de s'affilier conformément à la loi fédérale (art. 6 al. 1 du règlement).

5. 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. Il n'est pas contesté non plus qu'il a résilié son affiliation auprès de la caisse ASSURA. Il allègue cependant qu'il souhaitait changer d'assureur au 1er juillet 2002 et ne s'assurer auprès de l'intimée que jusqu'à la fin de l'année 2002. En réalité, la résiliation n'a pris effet qu'au 31 décembre 2002, 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. En conséquence, la résiliation, expédiée par l'assuré le 30 avril 2002, n'a donc pu prendre effet qu'à la fin de l'année. C'est pour cette raison que son affiliation à PHILOS a été repoussée – légitimement – au 1er janvier 2003. Il semble cependant que l'assuré ne l'ait pas compris, bien que l'intimée le lui ait expressément indiqué dans son courrier du 24 mai 2002, qu'il n'a alors pas contesté. C'est donc à juste titre que la caisse l'a considéré comme affilié, vu la signature de la proposition d'assurance et le fait qu'une dispense de l'obligation de cotiser en Suisse a été refusée.

   L'argumentation du recourant visant à demander sa démission de la caisse aurait pour conséquence de le faire sortir du système de l'affiliation obligatoire à l'assurance maladie et ne saurait être acceptée, dans la mesure où le Tribunal de céans, tout comme le Tribunal fédéral des assurances, est tenu d'appliquer les lois fédérales (art. 191 Cst ; cf. art. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3 aCst). Enfin, le fait d'être au chômage ne permet pas, en soi, d'être exempté du paiement des primes d'assurance-maladie. Il est vrai en revanche que des réductions de primes peuvent être accordées aux assurés de condition économique modeste (art. 65 LAMal ; art. 106ss OAMal).

6. 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).

7. En l'espèce, la caisse était incontestablement en droit de poursuivre le recourant pour les 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 valable dès le 1er janvier 2000).

8. Quant au montant dû, il n'est, en tant que tel, pas contesté. En conséquence, le recours ne peut qu'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. Ordonne la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite N° 04 256825 R ;

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