

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1159/2025 – A/1161/2025

ATAS/534/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 8 juillet 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourants

B_____

représentés par Maître Andreas DEKANY, avocat

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1964, ressortissant français, marié à C_____ et père d'B_____, née le _____ 2004. L'épouse de l'assuré est fonctionnaire internationale auprès du BIT.
- b.** Par décisions du 12 mars 2024, le service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM ou l'intimé) a affilié d'office l'assuré à la CSS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : CSS) et sa fille à ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT (ci-après : Assura), avec effet au 1^{er} mars 2024, au motif qu'ils n'avaient pas donné suite à son contrôle d'affiliation depuis plus de trois mois. Ces décisions pouvaient faire l'objet d'une opposition dans les 30 jours dès leur notification auprès du SAM.
- c.** Par courriel du 25 mars 2024, l'assuré a informé le SAM que sa fille et lui-même étaient tous deux affiliés à l'assurance-maladie des fonctionnaires du BIT, grâce à son épouse, qui était fonctionnaire internationale active auprès de cette organisation internationale. Il joignait en copie leur carte d'assurance-maladie du BIT et attendait son retour pour s'assurer que leurs dossiers de couverture d'assurance-maladie auprès du SAM étaient bien en ordre grâce à cette communication.
- d.** Par courrier du 27 mars 2024, l'assuré a précisé au SAM que cela faisait quinze ans que sa fille et lui-même étaient assurés par l'assurance maladie du BIT. Il n'était donc nul besoin de les affilier d'office à une assurance-maladie du marché, ce qui ferait double emploi sans bénéfice ni obligation.
- e.** Le 29 avril 2024, le SAM a demandé à l'assuré et sa fille de lui transmettre d'ici au 31 mai 2024 le formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie qui leur était transmis en annexe, dûment rempli, signé et timbré par le BIT ainsi qu'une attestation d'assurance-maladie rédigée, datée, timbrée et signée par le BIT.
- f.** Le 12 septembre 2024, l'assuré a informé le SAM que son épouse avait pris contact avec le BIT, qui lui avait conseillé de donner suite à la demande du SAM. Il le faisait avec un retard qu'il priait le SAM de bien vouloir excuser.
- g.** Selon l'attestation établie le 15 mai 2024 par le secrétaire exécutif de la Caisse d'Assurance pour la Protection de la Santé (CAPS), l'assuré était couvert par l'assurance-maladie et accident du BIT depuis le 1^{er} janvier 2015 et cette couverture prenait fin le 31 mars 2026. La CAPS fournissait une couverture santé aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires du BIT ainsi qu'aux membres de leur famille. Elle était auto-administrée et financée par les cotisations des assurés, calculée sur la base de leur rémunération ou de leur pension ainsi que par les cotisations du BIT, agence des Nations Unies. La CAPS fournissait une couverture d'assurance médicale complète valable dans le monde entier, 24 heures sur 24, en lieu et place des systèmes de sécurité nationaux et des régimes d'assurance-maladie complémentaire locaux. Une attestation similaire concernait

la fille de l'assuré et précisait que celle-ci était couverte par la CAPS depuis le 1^{er} juillet 2008 et que la couverture prenait fin le 30 juin 2024.

h. Par décisions du 14 octobre 2024, le SAM a refusé d'octroyer une dispense à l'assuré et sa fille. Depuis 1996, la loi obligeait toutes les personnes domiciliées en Suisse à s'assurer pour les soins en cas de maladie auprès d'un assureur admis. Leur assurance était une institution étrangère qui ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse. De surcroît, la demande d'exemption avait été formulée au-delà des trois mois après leur emménagement à Genève (le 2 décembre 2022) et à la lettre de contrôle du SAM du 11 avril 2023, qui était restée sans réponse jusqu'au 12 septembre 2024. Ils n'entraient pas dans les catégories énumérées à l'art. 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) et ne pouvaient donc pas être mis au bénéfice d'une dispense d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire de soin. Par conséquent, ils étaient invités à conclure un contrat avec un assureur suisse dans les meilleurs délais pour annuler leur affiliation d'office. Ces décisions pouvaient faire l'objet d'une opposition dans le délai de 30 jours dès leur notification au SAM.

i. Le 31 octobre 2024, l'assuré a formé opposition pour lui-même et sa fille aux décisions du SAM.

j. Le 14 novembre 2024, l'assuré et sa fille, assistés d'un conseil, ont conclu à l'annulation des décisions du 14 octobre 2024 et à la dispense de s'affilier auprès d'un assureur maladie suisse, ainsi qu'à l'annulation de leur avis d'affiliation d'office du 12 mars 2024. Ils concluaient également à ce que toutes les prétentions de CSS et d'Assura à leur encontre soient annulées. Cela faisait presque dix ans qu'ils étaient dispensés de s'assurer auprès d'une assurance-maladie suisse au motif qu'ils étaient déjà couverts par une assurance-maladie équivalente, à savoir la CAPS, depuis le 1^{er} janvier 2015. À cette époque, ils habitaient à Nyon et c'était les autorités vaudoises qui leur avaient accordé la dispense. Leurs frais médicaux leur avaient toujours été remboursés depuis le 1^{er} janvier 2015 et l'équivalence de cette assurance-maladie était claire et évidente. Cette assurance remboursait également les frais dentaires et les frais d'optique, ce qui n'était pas le cas d'une assurance-maladie suisse. Ses prestations étaient donc non seulement équivalentes à celle des assurances maladie suisses mais elles étaient également supérieures. Il n'y avait par conséquent aucun besoin de les affilier à CSS et Assura.

k. Le 14 février 2025, l'assuré a indiqué au SAM se trouver dans une situation très difficile en raison de l'affiliation d'office à CSS car cette dernière avait requis une poursuite contre lui pour un montant de plus de CHF 4'000.-. Il n'était pas en mesure de payer ce montant et demandait à ce que cette affaire puisse être réglée au plus vite pour que CSS annule ses factures et qu'elle ne lui envoie pas d'autres. Assura avait envoyé pour sa fille une facture rétroactive pour sept mois de primes de plus de CHF 6'000.-. Elle avait commencé à facturer les primes dès le 17 mars 2024 alors qu'elle aurait dû le faire seulement dès le 25 octobre 2024.

Assura avait en outre facturé un supplément de prime de 30%, ce qui était inacceptable.

I. Par décisions sur opposition du 27 février 2025, le SAM a maintenu ses décisions d'affiliation d'office du 12 mars 2024 et de refus de dispense du 14 octobre 2024. Ces décisions pouvaient faire l'objet d'un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice dans les 30 jours.

Étant titulaires d'un permis C et domiciliés à Genève depuis le 2 décembre 2022, l'assuré et sa fille étaient tenus de s'assurer à l'assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). En effet, son épouse était fonctionnaire internationale et disposait d'une carte de légitimation de type D délivrée le 22 mai 2015 par son employeur actuel, duquel découlait des privilèges et une immunité, dont notamment l'exemption de l'obligation de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins LAMal.

Il ressortait des pièces produites, notamment de l'attestation de la CAPS, que le taux de remboursement des frais médicaux pouvait atteindre 100%. L'obligation annuelle maximale de la caisse était fixée à USD 150'000.- selon l'art. 2.6 des statuts de la CAPS ou USD 600'000.- par décision du secrétariat. Ainsi, cet assureur avait fixé un plafond maximum et la couverture d'assurance de la CAPS ne couvrait pas les prestations allant au-delà de ces limites par année alors que la LAMal ne connaissait pas de restriction de montant.

Par ailleurs, l'art. 2a des statuts et règlement administratif de la CAPS prévoyait une suppression et une limitation du droit aux prestations et l'art. 2.6 une obligation maximale, soit des conditions ne figurant pas dans la LAMal. Force était de constater que les conditions de l'art. 6 OAMal n'étaient pas réunies. Par ailleurs, l'assuré ne remplissait aucune des catégories énoncées aux art. 2 et 6 OAMal qui lui permettraient de bénéficier d'une dispense. C'était à juste titre que le SAM maintenait sa décision de refus de dispense. Par surabondance, La CAPS était une institution étrangère qui ne figurait pas parmi les assureurs maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse.

Les demandes de dispense étant parvenues au SAM le 27 mars 2024, elles étaient tardives. L'assuré et sa fille auraient dû adresser cette requête dans le délai de trois mois à compter de leur venue dans le canton de Genève, à savoir le 2 décembre 2022. C'était donc à juste titre que le SAM leur avait adressé une décision de refus de dispense le 14 octobre 2024.

Dans leurs écritures des 14 novembre 2024 et 15 février 2025, l'assuré et sa fille indiquaient que CSS et Assura leur avaient infligé des frais de retard et qu'ils souhaitaient que le SAM intervienne. Conformément à l'art. 8 OAMal, l'assureur devait tenir compte équitablement de la situation financière de l'utilisateur et des circonstances du retard. En cas de décision d'affiliation tardive de la part de l'assureur, l'utilisateur était en droit de demander des précisions à celui-ci concernant

la facturation. Ainsi, il lui appartenait de motiver par écrit aux assureurs les circonstances du retard et éventuellement sa situation financière. Le SAM n'était pas compétent à cet égard.

- B. a.** Le 2 avril 2025, l'assuré et sa fille, représentés par un conseil, ont formé recours contre les décisions sur opposition du SAM, concluant, sur mesures provisionnelles, à la suspension avec effet au 1^{er} mars 2024 de l'affiliation d'office auprès de la CSS et Assura, à l'annulation des décisions de ces dernières et de toutes les factures, sommations et prétentions de celles-ci à leur encontre, et à ce qu'il soit ordonné à la CSS de donner un contrordre à la poursuite et au commandement de payer notifié à l'assuré le 11 novembre 2024.

Préalablement, le recourant concluait à la jonction de sa cause avec celle relative à sa fille, à l'apport du dossier de l'office vaudois de l'assurance-maladie, à la production du dossier de l'assuré, à ce qu'il soit ordonné au SAM de produire des statistiques relatives aux personnes domiciliées à Genève, bénéficiaires de la couverture de la CAPS et membres du BIT, à l'audition de D_____, secrétaire général de la CAPS et, principalement, à l'annulation des décisions du 27 février 2025 et des décisions d'affiliation d'office auprès de la CSS et d'Assura du 12 mars 2024 avec effet au 1^{er} mars 2024. Ils concluaient encore à la dispense d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire des soins et à l'annulation des décisions et factures sommations et autres prétentions de la CSS, avec suite de frais et dépens.

Les recourants ont fait valoir qu'ils remplissaient les conditions de l'art. 6 al. 4 OAMal, dès lors qu'ils étaient assurés par le biais de leur épouse, respectivement leur mère. C'était à juste titre qu'ils n'avaient pas été tenus de s'affilier à une assurance-maladie suisse dès le 1^{er} janvier 2015 par l'office vaudois de l'assurance-maladie. Ils remplissaient les conditions de l'art. 6 al. 4 OAMal.

Cela faisait plus de dix ans qu'ils étaient affiliés à la CAPS, qui était une assurance-maladie équivalente au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal. Les décisions du SAM étaient contraires au droit et au principe de l'égalité de traitement, dès lors que de nombreuses autres personnes se trouvaient dans la même situation que le recourant et qu'une dispense de l'obligation de s'affilier leur avait été octroyée. Il n'y avait pas lieu de les traiter différemment.

L'art. 6 al. 4 OAMal ne prévoyait aucun délai pour formuler la demande de dispense. Le SAM citait une jurisprudence qui n'était de toute évidence pas applicable au cas d'espèce, car ils habitaient déjà en Suisse avant d'arriver à Genève. La « naissance de l'obligation d'assurance en Suisse » pour reprendre les termes de l'arrêt cité par le SAM ne correspondait donc pas à leur cas.

- b.** Le 8 avril 2025, le SAM a informé CSS et Assura qu'une procédure relative à l'affiliation de l'assuré et de sa fille était en cours en leur demandant de bien vouloir suspendre la procédure de recouvrement à leur encontre dans l'attente de

sa prochaine décision sur opposition. Elles seraient tenues au courant de l'issue de la procédure.

c. Par réponse du 29 avril 2025, le SAM a conclu au rejet des recours. Selon la note de la Mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève, se référant à sa note verbale circulaire du 15 novembre 2017 concernant la révision de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, en particulier à son art. 6, qui concernait les membres ne jouissant pas de privilèges et immunités des fonctionnaires internationaux, plus particulièrement, les membres de famille qui n'avaient pas de carte de légitimation du DFAE ou de type H : « conformément à l'art. 6, al. 4, de l'ordonnance révisée, ces membres de famille, qui étaient assurés à l'assurance-maladie de l'organisation internationale à laquelle appartenait le titulaire principal et qui ne bénéficiaient eux-mêmes pas de privilèges et immunités, pourront, dès le 1^{er} janvier 2018, demander à être exemptés de l'assurance-maladie suisse et ce, pour autant que leur couverture d'assurance soit équivalente pour les traitements en Suisse. Ces membres de famille devront présenter une requête écrite d'exemption à l'autorité cantonale compétente. Cette requête devrait être accompagnée d'une attestation écrite de l'assurance-maladie de l'organisation internationale donnant tous les renseignements nécessaires. Ils auront un délai de trois mois pour présenter une telle requête. Ce délai commencera à courir dès l'entrée en vigueur de l'ordonnance révisée au 1^{er} janvier 2018 et, dès la date d'affiliation à l'assurance-maladie de l'organisation internationale. Passé ce délai la personne ne pourra plus demander à être exemptée.

Par arrêt du 25 juin 2024 (ATAS/514/2024), la chambre des assurances sociales avait considéré que dans le cas des dispenses et autres exemptions, l'obligation de s'assurer à une assurance obligatoire des soins ne devenait définitive que si aucune demande de dispense n'était faite ou si une telle demande était rejetée. Or, ni la LAMal ni l'OAMal ne contenaient de dispositions concernant le délai dans lequel les requêtes de dispense de l'assurance obligatoire devaient être déposées. Selon la doctrine, il convenait donc d'appliquer les règles de procédure relatives à l'exercice par un frontalier de son droit d'option et la requête devait être présentée dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse (consid. 6.2).

En raison de la qualité de fonctionnaire internationale de leur épouse et mère, l'assuré et sa fille avaient sollicité une dispense de s'affilier à l'assurance maladie obligatoire suisse.

Leur demande était parvenue au SAM le 26 mars 2024, soit bien au-delà du délai de trois mois à compter de la domiciliation à Genève le 1^{er} décembre 2022 et elles étaient tardives.

Même si le délai de trois mois avait été respecté, les recourants n'auraient pas pu être dispensés de l'obligation de s'affilier à l'assurance maladie obligatoire suisse.

En effet, il ressortait des pièces produites que la couverture de la CAPS n'était pas équivalente à la LAMal.

S'agissant du grief de l'inégalité de traitement, le SAM n'avait pas connaissance des personnes invoquées par le recourant et il ne lui était pas possible de procéder à une vérification de leur dossier.

Chaque situation pouvait présenter des particularités qui pouvaient avoir une incidence lors de l'examen d'une demande de dispense.

Le principe de la légalité devait primer sur celui de l'égalité de traitement, si bien que l'argument du recourant ne pouvait être retenu.

Ainsi, il était démontré que les recourants ne remplissaient pas les conditions pour bénéficier d'une dispense et que c'était à juste titre que l'intimé les avait affiliés d'office auprès de CSS et Assura à partir du 1^{er} mars 2024, en application de l'art. 6 al. 2 LAMal.

Compte tenu de la requête de mesures provisionnelles des recourants, l'intimé avait requis de CSS et d'Assura la suspension de la procédure de recouvrement à leur encontre.

Le SAM avait procédé à son analyse du dossier et il n'avait pas à tenir compte de la décision vaudoise.

d. Par réplique du 27 mai 2025, les recourants ont persisté dans leur position.

e. Le 17 juin 2025, l'intimé en a fait de même. La mission du SAM était de contrôler si les recourants étaient bien affiliés à un assureur maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale dans le canton de Genève. Le fait qu'ils arrivaient d'un autre canton ne changeait rien à cela.

f. Le 27 juin 2024, les recourants ont persisté dans leurs conclusions.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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

1.2 Interjeté en temps utile, les recours sont *prima facie* recevables (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Selon l'art. 70 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2).

En l'espèce, il se justifie de joindre la procédure A/1161/2025 à la procédure A/1159/2025, car elles concernent une situation similaire.

3. Les recourants ont conclu à des mesures provisionnelles, tendant à la suspension avec effet au 1^{er} mars 2024 de leur affiliation d'office auprès de la CSS et Assura, à l'annulation des décisions de ces dernières et de toutes les factures, sommations et prétentions de celles-ci à leur encontre, et à ce qu'il soit ordonné à la CSS de donner un contrordre à la poursuite et au commandement de payer notifié à l'assuré le 11 novembre 2024.

3.1 Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition a un effet suspensif, sauf si un recours contre la décision prise sur opposition n'a pas d'effet suspensif de par la loi, si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision, si la décision a une conséquence juridique qui n'est pas sujette à suspension (al. 1) ; que l'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision ; qu'une telle requête doit être traitée sans délai (al. 2).

Selon les art. 49 al. 5 et 52 al. 4 LPGA, l'assureur peut, dans sa décision ou dans sa décision sur opposition, priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces. Les décisions et les décisions sur opposition ordonnant la restitution de prestations versées indûment sont exceptées.

Conformément à l'art. 55 al. 1 LPGA, qui prévoit que les points de procédure, qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale sur la procédure du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), il convient de se référer aux art. 55 et 56 de cette dernière.

Selon l'art. 56 PA, après le dépôt du recours, l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur peut prendre d'autres mesures provisionnelles, d'office ou sur requête d'une partie, pour maintenir intact un état de fait existant ou sauvegarder des intérêts menacés.

Compte tenu de l'étroite connexité liant l'effet suspensif aux autres mesures provisionnelles au sens de l'art. 56 PA, les principes applicables au retrait de l'effet suspensif s'appliquent par analogie à ces mesures.

D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA - à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04, consid, 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. À cet égard, le seul fait que la décision de fond poursuive un but d'intérêt public ne suffit pas à justifier son exécution immédiate.

En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent être prises en considération. Il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références).

3.2 En l'espèce, l'intimé n'a pas retiré l'effet suspensif à ses décisions d'affiliation d'office du 12 mars 2024, ni à ses décisions sur opposition du 27 février 2025, qui confirmaient ses décisions d'affiliation d'office. Il en résulte que celles-ci ne sont pas exécutoires. La demande des recourants est ainsi partiellement sans objet.

Ils ne se justifie en outre pas d'ordonner d'autres mesures provisionnelles, leurs intérêts étant suffisamment protégés par les demandes faites par l'intimé le 8 avril 2025 à CSS et Assura de suspendre la procédure de recouvrement à leur encontre.

La suite de la procédure est réservée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES**

Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA :

1. Ordonne la jonction de la procédure A/1161/2025 à la procédure A/1159/2025.
2. Rejette la demande de mesures provisionnelles des recourants.
3. Réserve la suite de la procédure.
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 la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Catherine TAPPONNIER

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