

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3380/2015

ATAS/809/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 octobre 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Competence Center IG, case postale 839, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Le 10 août 2015, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a signé une proposition d'assurance avec HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance) pour une assurance obligatoire des soins, assortie d'assurances complémentaires.

Cette proposition mentionnait une prime de CHF 418.80 pour l'assurance de base.

2. Par courrier du 10 septembre 2015, l'assurance a fait parvenir à sa nouvelle assurée des polices provisoires, dont il ressortait que la prime définitive de l'assurance de base s'élèverait à CHF 467.-.
3. Par courrier du 14 septembre 2015, l'assurée a indiqué avoir constaté « passablement d'erreurs » dans les polices qui lui avaient été adressées. Elle a déploré que les primes proposées soient finalement plus élevées que ce qui lui avait été annoncé et a fait valoir qu'elle avait souligné qu'elle ne voulait pas être privée du libre choix du médecin. En conséquence, elle demandait à l'assurance « d'annuler au plus vite [sa] souscription (...) pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal) ainsi que pour l'assurance complémentaire LCA ».
4. Le 17 septembre 2015, l'assurance a accusé réception de cette « demande de retrait de proposition » en faisant valoir que, dans la mesure où elle avait déjà confirmé la proposition d'assurance par écrit, le contrat était « valable et contraignant ».
5. Le 23 septembre 2015, l'assurée a saisi le « Tribunal des assurances sociales » (recte : la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) d'une « plainte contre HELSANA pour abus de faiblesse, atteinte à la vie privée, contrainte, manipulation et surtout violence économique » (sic).

En substance, l'assurée fait valoir qu'un vendeur d'HELSANA s'est présenté à sa porte et lui a « fait peur ». Elle affirme qu'il aurait fait pression sur elle en insistant tellement qu'elle aurait en définitive accepté « de signer tout et n'importe quoi ».

En résumé, l'assurée insiste pour que ses assurances soient annulées.

6. Invitée à se déterminer, l'assurance, dans sa réponse du 9 octobre 2015, a conclu à l'irrecevabilité du « recours », puisqu'aucune décision n'a été rendue de sa part.

L'intimée se défend de tout déni de justice.

Au final, elle constate que la prime indiquée dans la proposition signée par l'assurée diffère de la prime finale (CHF 467.- contre CHF 418.80 annoncés) et annonce qu'elle reconnaît à ses clients le droit de renoncer à l'affiliation lorsque la prime définitive diffère de plus de 5% de celle annoncée initialement.

En conséquence, elle suggère que le « recours » soit considéré comme une demande de renonciation à laquelle elle annonce d'ores et déjà qu'elle donnera suite.

7. Le 14 octobre 2015, l'assurance a adressé à l'assurée un courrier donnant formellement suite à sa demande de renonciation.

### **EN DROIT**

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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit cependant qu'avant d'être soumises au tribunal, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.
3. En l'occurrence, force est de constater que l'assurance n'a pas encore statué sur la demande de renonciation que lui a adressée l'assurée le 14 septembre 2015. Il en découle que l'assurée n'a pas encore épuisé les voies de droit qui s'offraient à elle auprès de l'assureur.

Or, il ressort de la jurisprudence que le juge ne peut être saisi valablement d'un recours avant que n'ait été rendue la décision que l'assuré entend contester (ATFA non publié du 4 juillet 2000 en la cause H 4/00, considérant 1 b ; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1988 p. 487 consid. 3 b). En ce sens, le « recours » interjeté par l'assurée ne saurait être considéré comme recevable.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Marie-Catherine SECHAUD

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