

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/755/2010

ATAS/527/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 11 mai 2010

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à ONEX

recourant

contre

ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Service
juridique, sise C.-F. Ramuz 70, 1009 PULLY

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M _____ est affilié auprès de ASSURA (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal) depuis 2006.
2. Par courrier du 17 novembre 2007, l'assuré a informé la caisse-maladie qu'il entendait résilier son contrat d'assurance au 31 décembre 2007, étant précisé qu' "aucune nouvelle attestation d'assurance ne vous parviendra, malgré les dispositions légales".
3. La caisse-maladie a réclamé à l'assuré le paiement des primes d'assurance dues pour les mois de juillet, août et septembre 2009.
4. Des rappels, ainsi qu'une mise en demeure LAMal, lui ont été adressés.
5. Un commandement de payer, poursuite n° _____, a été notifié le 2 décembre 2009 à l'assuré pour un montant de 691 fr. 30, frais de rappel y compris. L'assuré y a fait opposition le jour même.
6. Par décision du 20 janvier 2010, la caisse-maladie a levé l'opposition à hauteur du montant de 691 fr. 30, frais de poursuite non compris.
7. Par décision du 12 février 2010, la caisse-maladie a rejeté l'opposition.
8. L'assuré a interjeté recours le 4 mars 2010 contre ladite décision. Il reprend les arguments qu'il avait déjà développés dans le cadre de précédentes procédures portant sur le même objet et terminées par la notification d'arrêts les 21 octobre 2008 et 17 novembre 2009. Il conteste en substance l'obligation de s'acquitter de primes d'assurance-maladie, au motif qu'il ne veut pas participer à un système inégalitaire qui crée des malades et qui détourne les ressources des patients et de l'Etat au profit de certains médecins et de l'industrie pharmaceutique. Il sollicite du Tribunal de céans qu'il se penche sur les contradictions entre le droit supérieur et la réalité du système de santé / maladie, qu'il constate la manipulation massive de la population dans le domaine de la santé, la précarisation d'une partie de la population comme une conséquence du système actuel de santé / maladie, ainsi que le détournement de fonds publics en faveur de l'industrie pharmaceutique. Il demande à ce que le conflit de conscience qui le frappe et son besoin de ne pas participer à ce qu'il perçoit comme profondément injuste soit reconnu.
9. Dans sa réponse du 25 mars 2010, la caisse-maladie rappelle la teneur des dispositions légales applicables, plus particulièrement les art. 3 et 7 al. 5 LAMal et souligne d'une part, que n'ayant pas reçu d'attestation d'un nouvel assureur, elle ne peut pas résilier le contrat et d'autre part, qu'elle n'est pas non plus libre de choisir de poursuivre une créance ouverte ou pas. Elle conclut au rejet du recours.

10. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

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

2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la mainlevée de l'opposition faite par le recourant au commandement de payer, poursuite N° _____, doit ou non être ordonnée.
5. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute

personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'ordonnance (OAMal), ils prévoient les personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer.

6. 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 visées aux art. 2 à 6 OAMal. Il ne l'allègue d'ailleurs pas.
7. Le recourant rappelle qu'il a résilié son contrat d'assurance le 17 novembre 2007 avec effet au 31 décembre 2007. Il s'est cependant refusé à approcher une autre caisse-maladie. Or, aux termes de l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. C'est ainsi à juste titre, que la caisse-maladie lui a demandé de lui faire parvenir l'attestation d'admission du nouvel assureur afin de confirmer sa résiliation.

Ainsi, tant que l'intéressé ne prouvera pas qu'il a été admis par une nouvelle caisse-maladie, il restera assuré auprès de la caisse-maladie intimée, conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal.

8. L'obligation de payer les 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 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 OAMal).

Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des 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 ad art. 4).

9. Il est incontestable, en l'espèce, que la caisse est en droit de poursuivre le recourant pour le montant des primes impayées, ainsi que pour les frais de sommation (ATF 125 V 276 ; art 15 et 17 des Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins de l'intimée). Quant au montant dû, il n'est, comme tel, pas contesté.
10. Reste à répéter que le Tribunal de céans ne peut se prononcer sur la pertinence de l'argumentation du recourant pour sortir du système de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie. En effet, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a jugé dans un recours similaire au cas d'espèce (ATFA du 5 septembre 2000 en la cause K 120/00), il est tenu d'appliquer les lois fédérales (art. 191 de la Constitution

fédérale de la Confédération Suisse du 18.4.1999 ; cf. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3a Cst.).

11. Aussi le recours, mal fondé, ne peut-il être que rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Ordonne la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer, poursuite n° _____ à concurrence de 691 fr. 30, frais administratifs compris.
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 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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le