



République et canton de Genève
POUVOIR JUDICIAIRE
TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

2009/11
Genève, le 24 novembre 2009

A/3288/2009 1 LAMAL

TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES
Rue du Mont-Blanc 18
Case postale 1955
CH - 1211 GENEVE 1

RECOMMANDE

Monsieur
MEGARD Michel
Av. du Gos-Chêne 34
1213 ONEX

Réf : **A/3288/2009 1 LAMAL**
779303
à rappeler lors de toute communication

Concerne : Recours de Monsieur MEGARD Michel c/ ASSURA SA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS

Monsieur,

Nous vous adressons sous ce pli l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales en date du 17 novembre 2009.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

La greffière

ROCH Diana

Annexe(s) mentionnée(s)



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3288/2009

ATAS/1391/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 17 novembre 2009

En la cause

Monsieur Michel MEGARD, domicilié avenue du Gros-Chêne 34,
1213 Onex

recourant

contre

ASSURA SA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise
avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 PULLY

intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur Michel MEGARD 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. Le 20 février 2009, la caisse-maladie a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 2'619 fr., soit les primes d'assurance dues de janvier à décembre 2009.
4. Un rappel a été adressé à l'assuré le 31 mars 2009, pour un montant de 698 fr. 10 représentant les primes de janvier à mars 2009. Un commandement de payer (poursuite N° 09 788022 V) lui a été notifié le 3 juin 2009, auquel il a formé opposition.
5. Par décision du 29 juillet 2009, la caisse-maladie a levé l'opposition à hauteur du montant de 698 fr. 10, frais administratifs compris.
6. L'assuré a formé opposition le 31 juillet 2009 à ladite décision. Il rappelle à cet égard qu'il a résilié le contrat d'assurance le 17 novembre 2007.
7. Par décision du 27 août 2009, la caisse-maladie a rejeté l'opposition.
8. L'assuré a interjeté recours le 11 septembre 2009 contre ladite décision. Il reprend les arguments qu'il avait déjà développés dans le cadre d'une précédente procédure portant sur le même objet et terminée par la notification d'un arrêt le 21 octobre 2008. 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 dit cependant être conscient de ce que le Tribunal de céans ne peut qu'appliquer les lois. Il sollicite par ailleurs la suspension de la présente cause afin que le Tribunal soit en mesure de juger en une seule et même fois tous les recours qu'il interjettera s'agissant des primes 2009.
9. Dans sa réponse du 28 septembre 2009, 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 la 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. L'assuré sollicite préalablement la suspension de la présente cause dans l'attente des recours qu'il interjettera contre les décisions sur opposition de l'intimée faisant suite aux rappels qui lui sont notifiés chaque trimestre.

Aux termes de l'art. 14 LPA, "lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut, le cas échéant, être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions. Les autorités

administratives et les juridictions administratives saisies d'une question préjudicielle sont toutefois liées par les décisions de l'organe compétent qui l'ont résolue avec force de chose jugée.

Force est de constater que le Tribunal de céans ne saurait suspendre une cause dans l'attente de causes futures.

5. Le litige au fond porte sur la question de savoir si la mainlevée de l'opposition faite par le recourant au commandement de payer, poursuite N° 09 788022 V, doit ou non être ordonnée.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. 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).

10. 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.
11. 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.).
12. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

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

Statuant

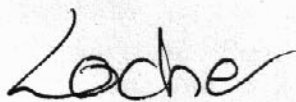
A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :


2. Le rejette.
3. Ordonne la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer, poursuite N° 09 788022 V à concurrence de 698 fr. 10, 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



Nathalie LOCHER

La présidente



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 **24 NOV. 2009**

