

GE_GERICHTE A/3601/2009 vom 24. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3601_2009

FR: GE_GERICHTE A/3601/2009 du 24 mars 2011

IT: GE_GERICHTE A/3601/2009 del 24 marzo 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à COLLEX recourant contre SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis rte de Frontenex 62, 1207 GENEVE intimé EN FAIT Monsieur M _____ (ci-après l'assuré), né en 1942, de nationalités tchèque et suisse, a séjourné à Genève de septembre 1968 à novembre 1993 puis du 15 juillet 2007 au 1^{er} janvier 2010, date à laquelle il s'est établi en République tchèque. Par courrier du 24 juillet 2007, le Service de l'assurance-maladie (ci-après le SAM) a requis de l'assuré que celui-ci lui fasse parvenir son certificat d'assurance-maladie en lui indiquant qu'à défaut, il procéderait à son affiliation d'office. L'assuré a répondu par courrier du 3 octobre 2007 qu'il disposait de la double nationalité suisse et tchèque et qu'il était déjà assuré contre les risques de maladie et d'accident par une assurance européenne. Le 8 octobre 2007, le SAM a demandé à l'assuré de lui adresser son certificat d'assurance-maladie suisse ou le formulaire E121 s'il était au bénéfice d'une rente versée par un organe d'un pays signataire de l'Accord sur la libre circulation des personnes. L'assuré a informé le SAM par courrier du 14 novembre 2007 qu'il s'était rendu dans les locaux de ce service, sans succès, pour y retirer le formulaire E121. Il comptait s'en procurer un exemplaire lors de son prochain séjour en République tchèque. Le 6 décembre 2007, le SAM a à nouveau requis de l'assuré que celui-ci fournisse les documents précédemment demandés et l'a averti des suites pénales possibles en cas de violation de l'obligation de renseigner les organes de l'assurance-maladie. L'assuré a répondu par courrier du 31 décembre 2007 en alléguant avoir systématiquement donné suite aux correspondances du SAM. Il a précisé être citoyen de l'Union européenne et bénéficiaire depuis 1994 d'une assurance européenne contre les risques de maladie et d'accident, dont la couverture allait au-delà de celle de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Il a joint une copie de sa carte d'assurance à son envoi. Le SAM a requis de l'assuré que celui-ci lui fasse parvenir l'attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence (formulaire E104), complétée par son assureur au 8 février 2008. En date du 5 février 2008, l'assuré a adressé au SAM le formulaire requis, rempli par l'assurance VSEOBECNA ZDRAVOTNI POJISTOVNA (ci-après la VZP), attestant qu'il était couvert contre le risque de maladie depuis le 1^{er} mai 2004. Par ailleurs, l'assuré a précisé qu'il touchait deux rentes de retraite, l'une - d'un montant approximatif de 50 fr. - de la République tchèque, l'autre - de 1'256 fr. - de l'assurance-vieillesse et survivants suisse. Il a rappelé sa double nationalité et a sollicité une dispense de l'obligation de s'assurer en Suisse. Par courrier du 12 février 2008, le SAM a refusé ladite dispense à l'assuré au motif, d'une part, que la VZP était une institution étrangère ne figurant pas parmi les assureurs-maladie admis en Suisse et, d'autre part, que l'assuré, de nationalité suisse, était au bénéfice d'une rente suisse. Le SAM a invité l'assuré à conclure une assurance-maladie en l'avertissant qu'à défaut, il l'affilierait d'office. Le 1^{er} avril 2008, le SAM a adressé à l'assuré une décision d'affiliation d'office auprès de

HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'assureur), prenant effet dès cette date. Le 22 avril 2008, l'assuré a contesté le refus de dispense signifié par le SAM en invoquant les accords bilatéraux conclus par la Suisse et l'Union européenne et en précisant que le montant de sa rente AVS ne lui permettait pas de couvrir les frais d'une deuxième assurance-maladie. Par courrier du 29 avril 2008, le SAM lui a rappelé que les personnes domiciliées en Suisse étaient soumises à l'assujettissement obligatoire à l'assurance-maladie, et a confirmé son refus de dispense. En date du 4 août 2008, l'assuré s'est adressé à l'assureur lui-même, en rappelant sa situation financière et en faisant valoir qu'il disposait d'ores et déjà d'une couverture des risques maladie et accident. Il a précisé avoir deux domiciles permanents, l'un en République tchèque, l'autre à Genève. L'assureur lui a répondu par courrier du 7 août 2008 que son affiliation d'office ne pouvait être annulée que par le biais du SAM puis, par courrier du 26 août 2008, lui a confirmé son affiliation à l'assurance obligatoire des soins avec couverture accidents et franchise de 300 fr. Par courrier du 23 septembre 2008 adressé à l'assureur, l'assuré a contesté une nouvelle fois son affiliation en expliquant que sa couverture européenne allait au-delà des prestations offertes par l'assurance obligatoire suisse et qu'il n'était par ailleurs pas en mesure de s'acquitter des primes qui lui étaient réclamées. Le 24 septembre 2008, l'assuré a attiré l'attention du SAM sur le fait que l'affiliation d'office à laquelle il avait procédé l'avait mis dans une situation inextricable préjudiciable à sa santé, et incompatible avec les accords bilatéraux conclus entre la Suisse et l'Union européenne. Il a répété que sa couverture européenne offrait de meilleures garanties que celles de l'assureur et a réclamé une décision formelle mentionnant les voies de recours. Interpellée par l'assuré, l'Institution commune LAMal lui a confirmé par courrier du 23 mars 2009 que son affiliation d'office par le SAM découlait d'une application correcte des dispositions légales. Le 28 mai 2009, l'assureur a notifié à l'assuré une décision de suspension des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Quant au SAM, il a transmis à l'assuré le 30 juillet 2009 un formulaire à faire remplir par l'assureur étranger aux fins de contrôler l'éventuelle équivalence des couvertures. Par courrier du 1^{er} octobre 2009, l'assuré (ci-après : le recourant) a contesté auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - le refus de dispense d'affiliation obligatoire du SAM (ci-après l'intimé). Le recourant fait valoir qu'il n'a pas le droit d'avoir deux assurances-maladie dans le même système de protection sociale et qu'il ne dispose pas des ressources financières pour s'acquitter des primes de l'assureur suisse en sus de celles qu'il paie déjà. Il allègue que sa couverture par la VZP est plus large que celle de l'assurance obligatoire des soins suisse et fait remarquer qu'il habite près de la frontière française et que c'est en France qu'il va se faire soigner. Il conclut à l'annulation de l'affiliation d'office à laquelle a procédé l'intimé. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 28 octobre 2009, a fait valoir que le recourant ne lui a jamais transmis le formulaire d'équivalence nécessaire à l'examen d'une éventuelle dispense d'affiliation. L'intimé soutient par ailleurs que sa lettre du 30 juillet 2009 ne saurait être considérée comme valant décision et que l'avis d'affiliation d'office a été notifié au recourant le 1^{er} avril 2008. Partant, il conclut à l'irrecevabilité du recours. Subsidiairement, il conclut à son rejet au motif que le recourant est domicilié en Suisse et qu'il n'a pas apporté la preuve qu'il bénéficie d'une assurance étrangère dont la couverture dépasse les prestations de l'assurance de soins obligatoire suisse. Par écriture du 7 janvier 2010, le recourant a contesté la légalité des demandes de l'assureur et rappelé sa situation personnelle. Une audience s'est tenue en date du 14 janvier 2010. A cette occasion, l'intimé a une nouvelle fois souligné n'avoir jamais reçu le formulaire d'équivalence de l'assurance étrangère. Par ailleurs, il s'est proposé de demander

à l'assureur suisse de suspendre la procédure de recouvrement des primes en cours dans l'attente de l'issue de la procédure judiciaire. Le recourant a quant à lui produit une attestation d'assurance rédigée en tchèque, dont il lui a été demandé de fournir la traduction. Par courrier du même jour, le Tribunal cantonal des assurances sociales a requis de la VZP qu'elle lui adresse le formulaire d'assurance concernant le recourant dûment rempli. Cette institution n'a pas déféré à cette requête. En date du 26 janvier 2010, le recourant a transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales une traduction du document d'assurance remis en audience, mentionnant son adresse en Tchéquie, comprenant diverses indications administratives mais ne mentionnant pas le type de risques assurés. Le 1^{er} février 2010, l'intimé a informé l'assureur suisse de la procédure en cours et l'a invité à suspendre la procédure de paiement à l'encontre du recourant dans l'attente du jugement. Le 9 février 2010, le recourant a remis à l'intimé le formulaire de contrôle de l'équivalence rempli par la VZP le 5 février 2010, indiquant une adresse en Tchéquie et attestant de la couverture des risques de maladie et d'accident en Suisse. Le 16 février 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions en faisant valoir que l'attestation d'assurance de la VZP mentionnait certes une adresse en République tchèque mais que le recourant était en fait domicilié à Genève. Il a par ailleurs fait valoir que le formulaire rempli par la VZP était incomplet puisqu'il manquait la deuxième page (verso du document). Une seconde audience a eu lieu le 22 avril 2010. Le recourant a précisé avoir transféré son domicile en République tchèque le 1^{er} janvier 2010. L'intimé a persisté dans ses conclusions s'agissant de l'assujettissement du recourant à l'assurance-maladie avant cette date et s'en est remis à justice pour la période postérieure. Il a relevé que s'il s'avérait que le recourant était au bénéfice d'une rente tchèque, il pourrait être exempté de l'obligation de s'assurer en Suisse. A l'issue de l'audience, un délai a été imparti au recourant pour produire les documents attestant des rentes dont il était bénéficiaire. Le 22 avril 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a invité l'assureur suisse et l'Office des poursuites du canton de Genève à suspendre la procédure de recouvrement ouverte à l'encontre du recourant dans l'attente de l'issue du litige sur son obligation d'affiliation. Par courrier du 27 avril 2010 à l'Office des poursuites, l'assureur a requis la suspension de la poursuite en cours contre le recourant. Le 10 mai 2010, le recourant a transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales une décision dont il ressort qu'il bénéficie d'une rente AVS d'un montant de 1'256 fr. assortie d'une rente complémentaire de 502 fr. pour sa fille et une décision rendue par la CESKA SPRAVA SOCIALNIHO ZABESPECENI en date du 13 juillet 2006, rédigée en tchèque, portant sur une rente mensuelle de 831 couronnes tchèques. Le recourant a précisé que le montant de sa retraite tchèque s'élevait désormais à 1'263 couronnes tchèques par mois. Le recourant a adressé un courrier du 17 mai 2010 à l'intimé en lui demandant d'annuler avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2008 toutes ses décisions le concernant. EN DROIT 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 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). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au présent litige. a) Aux termes de l'art. 49 al. 1 et al. 3 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 (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Bien que cet article se réfère formellement aux assureurs, il y a lieu d'admettre qu'il est également applicable aux autres organes chargés de rendre des décisions dans le domaine des assurances sociales, notamment les autorités cantonales chargées de l'affiliation d'office (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 25 art. 49). Selon la jurisprudence, la notion de décision attaquant par voie de recours doit être interprétée à la lumière de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Sont donc considérées comme des décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations, de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations, ou encore de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (ATF du 31 mai 2002, K 120/01, consid. 2c; ATF 120 V 346, consid. 2b). L'indication des voies de droit comprend l'indication de la voie de droit, l'autorité et le délai de recours (KIESER, op. cit., n. 36 ad art. 49). La violation de l'obligation d'assortir une décision de l'indication des voies de recours a pour conséquence qu'un recours tardif sera néanmoins jugé recevable si la décision indiquait un délai trop long ou n'en mentionnait pas (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2^{ème} éd., Berne 2002, p. 304, 2.2.8.4). La jurisprudence retient que le délai dans lequel l'administré recourt doit rester raisonnable (ATF du 9 octobre 2001, M 3/01, consid. 3; ATF 122 V 189, consid. 2). En matière d'affiliation d'office à une assurance-maladie, la procédure d'opposition prévue à l'art. 52 LPGA est applicable (KIESER, op. cit., n. 11 ad art 52). b) En l'espèce et eu égard à la définition que l'on vient de rappeler, il est manifeste que l'avis d'affiliation du 1^{er} avril 2008 constituait bel et bien une décision, à laquelle le recourant s'est opposé dans le délai légal. En revanche, si le courrier adressé par l'intimé au recourant en date du 29 avril 2008 constituait matériellement une décision sur opposition, il n'en remplissait pas les exigences formelles puisqu'il ne motivait que très sommairement le refus de l'intimé d'accorder une dispense d'affiliation et ne mentionnait ni voies de droit ni délai de recours. Eu égard à ces manquements et eu égard à la jurisprudence citée, le recourant ne saurait se voir opposer le caractère tardif de son recours. Ce dernier doit dès lors être considéré comme recevable. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de dispenser le recourant de l'assurance obligatoire des soins suisse. L'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP; RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Selon l'art. 1 par. 1 de son annexe II - intitulée "coordination des systèmes de sécurité sociale", fondée sur l'art. 8 ALCP et faisant partie intégrante de l'accord (art. 15 ALCP) - en relation avec la section A de cette annexe, les parties contractantes appliquent entre elles, en particulier, le règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (règlement n°1408/71; RS 0.831.109.268.1), ainsi que le règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du précédent (ci-après : règlement n°574/72; RS 0.831.109.268.11) ou des

règles équivalentes. L'ALCP est dès lors applicable du point de vue temporel dans la mesure où l'obligation de s'affilier dont il est question en l'occurrence porte sur une période postérieure à l'entrée en vigueur de l'accord dont il convient néanmoins encore d'examiner si le recourant, qui est retraité, entre dans le champ d'application personnel. L'art. 1 let. a du règlement n°1408/71 définit les termes de "travailleur salarié" et "travailleur non salarié" en se référant notamment à un système d'assurance couvrant l'ensemble des travailleurs (point i), ainsi qu'à un système d'assurance couvrant l'ensemble de la population (point ii). Selon la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) - qui peut être prise en compte aux termes de l'art. 16 al. 2 ALCP dans la mesure où elle permet d'interpréter cet accord (ATF 132 V 53, consid. 2; ATF 132 V 423 consid. 9.2) - ces termes désignent toute personne assurée dans le cadre de l'un des régimes de sécurité sociale mentionnés à l'art. 1 let. a, contre les éventualités et aux conditions indiquées dans ces dispositions. Il en résulte qu'une personne a la qualité de travailleur au sens du règlement n°1408/71 dès lors qu'elle est assurée, ne serait-ce que contre un seul risque, au titre d'une assurance obligatoire ou facultative auprès d'un régime général ou particulier de sécurité sociale mentionné à l'art. 1 let. a du règlement n°1408/71 et ce, indépendamment de l'existence d'une relation de travail (arrêts de la CJCE du 12 mai 1998, Martínez Sala, C-85/96, Rec. 1998, p. I-2691, point 36; du 11 juin 1998, Kuusijärvi, C-275/96, Rec. 1998, p. I-3419, point 21; du 7 juin 2005, Dodl et Oberhollenzer, C-543/03, Rec. 2005, p. I-5049, point 30). Il résulte de ce qui précède que pour être considéré comme travailleur au sens de l'art. 1 let. a ii (1^{er} tiret) du règlement n°1408/71, il n'est pas déterminant que l'intéressé exerce (encore) une activité professionnelle au moment où il se prévaut de cette qualité. Il faut cependant que la personne concernée puisse être "identifiée comme travailleur salarié ou non salarié". En d'autres termes, indépendamment de sa désignation (p. ex. comme rentier ou chômeur) et de l'exercice (actuel) d'une activité professionnelle, cette personne doit être ou avoir été (par le passé) affiliée en tant que travailleur (salarié ou non salarié) à un régime de sécurité sociale contre l'un des risques correspondant aux branches couvertes par le champ d'application matériel du règlement (défini à son art. 4). Ainsi, une personne qui bénéficie d'une rente de vieillesse fondée sur son affiliation antérieure à l'AVS/AI en raison de l'exercice d'une activité lucrative est un "travailleur" au sens du règlement n° 1408/71, même si elle n'exerce plus d'activité professionnelle (ATF 130 V 249, consid. 4.1). En l'espèce, le recourant a travaillé en Suisse et touche une rente de l'AVS. Il y a donc lieu d'admettre qu'il a été affilié à cette assurance en tant que personne active. Il doit par conséquent être considéré comme un travailleur étant ou ayant été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres au sens de l'art. 2 par. 1 du règlement n°1408/71, de sorte que l'ALCP lui est aussi applicable d'un point de vue personnel. S'agissant de la législation applicable selon le droit international, la Cour de céans relève ce qui suit. a) Les articles 13 à 17 bis du Titre II du règlement n°1408/71 contiennent des règles visant à déterminer la législation applicable. L'art. 13 par. 1 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable en fonction des règles contenues aux art. 13 par. 2 à 17 bis. En d'autres termes, la législation d'un seul État membre est applicable. En principe, le travailleur salarié est soumis à la législation de l'État dans lequel il exerce son activité salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre État membre ou si l'employeur qui l'occupe à son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre État membre (principe de la *lex loci laboris* énoncé à l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n°1408/71; ATF 133 V 339, consid. 6.1). Selon l'art. 13 par. 2 let. f du règlement n°1408/71, la personne à laquelle la législation d'un État membre cesse d'être applicable sans que la législation d'un autre État

membre lui devienne applicable en conformité avec l'une des règles énoncées aux alinéas a à e ou avec l'une des exceptions ou règles particulières visées aux art. 14 à 17 est soumise à la législation de l'État membre sur le territoire duquel elle réside, conformément aux dispositions de cette seule législation. Cet article implique que la cessation de toute activité professionnelle - qu'elle soit temporaire ou définitive - exclut la personne concernée du champ d'application de l'art. 13 par. 2 let. a du règlement. Il s'applique notamment à une personne qui a cessé ses activités professionnelles sur le territoire d'un État membre et a transféré sa résidence sur le territoire d'un autre État membre (arrêt de la CJCE du 11 juin 1998, Kuusijäri, C-275/96, Rec. P. I-3419, points 39 et 40). Il s'ensuit qu'une personne qui a cessé son activité professionnelle dans un État membre et qui réside dans un autre État membre est soumise, en vertu de l'art. 13 par. 2 let. f du règlement n°1408/71 à la législation de l'État membre de résidence (ATF 132 V 53 , consid. 5.2). Cette disposition de caractère général du titre II n'est cependant applicable que dans la mesure où les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations qui forment le titre III du même règlement n'y dérogent pas (arrêt de la CJCE du 27 mai 1982, Aubin, C-227/81, Rec. 1982 p. 1991, point 11). b) Le Titre III du règlement n°1408/71 contient les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations et renferme plusieurs règles spéciales de rattachement (ATF 133 V 137 , consid. 6.2). Ainsi, en matière de maladie et maternité, des règles spécifiques existent notamment pour les titulaires de pensions ou rentes, contenues aux articles 27 à 34 du règlement. A teneur de l'art. 27 du règlement n°1408/71, le titulaire de pensions ou de rentes dues au titre des législations de deux ou plusieurs États membres - dont celle de l'État membre sur le territoire duquel il réside - et ayant droit aux prestations au titre de la législation de ce dernier - compte tenu, cas échéant, des dispositions de l'art. 18 du règlement n°1408/71 et de l'annexe VI - obtient ces prestations de l'institution du lieu de résidence et à la charge de cette institution, comme si l'intéressé était titulaire d'une pension ou d'une rente due au titre de la seule législation de ce dernier État membre. Il en découle que les ressortissants suisses ou européens bénéficiant à la fois d'une rente de vieillesse suisse et d'une rente de vieillesse d'un État membre sont soumis au système d'assurance-maladie de l'État membre sur le territoire duquel ils résident. L'annexe VI du règlement n°1408/71 ne prévoit d'exemption que pour les personnes résidant en Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans certains cas en Finlande et au Portugal, et ce, pour autant qu'elles puissent prouver qu'elles bénéficient d'une couverture en cas de maladie, selon une faculté communément appelée "droit d'option" (cf. chiffre 3 point b; ATF 135 V 339 , consid. 4.3.2; ATF 131 V 202, consid. 2.2.1). Il y a lieu de souligner qu'il s'agit là de la seule exception concernant la Suisse en matière d'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie. En effet, lorsque le règlement n°1408/71 ouvre un droit d'option aux assurés sociaux relevant de son champ d'application quant à la législation applicable, il le prévoit explicitement (arrêt de la CJCE du 14 octobre 2010, van Delft, C-345/09, point 54). c) Le règlement n° 1408/71 induit ainsi un changement important dans le domaine de l'assurance-maladie puisqu'il applique le principe du pays d'emploi alors que, dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), le critère déterminant pour l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie est le pays de domicile. En vertu du règlement, l'affiliation obligatoire en vertu de la LAMal s'appliquera donc aux personnes travaillant en Suisse mais résidant à l'étranger (par ex. les frontaliers), aux membres de leur famille, ainsi qu'aux titulaires de rentes suisses résidant à l'étranger, à condition que ces derniers ne reçoivent pas de rente de leur pays de résidence (Bettina KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-CE et le droit des assurances sociales, in SJ 2001 II

p. 81ss, p. 128). En revanche, pour les personnes soumises à la législation suisse et vivant en Suisse, aucune exception à l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie n'est prévue dans la législation internationale, en particulier dans les annexes III et IV du règlement (ATF K 25/05 du 29 mars 2006, consid. 3.2). Au plan suisse, l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie s'apprécie comme suit. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'art. 3 al. 1 LAMal pose ainsi le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 129 V 77 consid. 4). L'art. 3 al. 2 LAMal délègue cependant au Conseil fédéral la compétence d'exclure certaines catégories de personnes de l'assurance obligatoire. Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 9C_750/2009 du 16 juin 2010, consid. 2.1; ATF 132 V 310, consid. 8.3). Le Conseil fédéral peut également étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement au sens de l'art. 13 al. 2 LPGa (art. 3 al. 3 let. a LAMal). b) Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral a notamment prévu à l'art. 2 al. 8 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102) que sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables. Selon l'art. 2 al. 8 deuxième phrase OAMal, la requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué de manière générale par les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes, une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen d'assurances complémentaires au sens de la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1), même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse. Il s'agit par exemple d'une ouverture d'assurance complémentaire pour les vacances ou les voyages. L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire - ou seulement à des conditions inacceptables - en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé; il s'agit d'éviter que ces personnes voient leur niveau de protection d'assurance diminuer, en raison de leur âge ou de leur état de santé, en entrant dans le système suisse (ATF du 25 août 2006, K 138/05, consid. 4.1; ATF 132 V 310, consid. 8.5.6). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de se pencher sur la conformité à l'ordre légal supérieur de l'art. 2 al. 8 OAMal. Il a considéré que cet article ne viole ni la loi, ni la constitution, ni l'ALCP, en tant qu'il ne prévoit pas de possibilité d'exemption pour les personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse, y sont domiciliées, sont soumises au droit suisse selon le Titre II du règlement CEE n°1408/71, et pour lesquelles on ne peut affirmer que la raison pour laquelle elles ne peuvent s'assurer à titre complémentaire avec une couverture d'assurance de la même étendue qu'auparavant ou ne peuvent le faire qu'à des conditions guère acceptables, est imputable à leur âge et/ou à leur état de santé (ATF 132 V 310, consid. 8 et 9). Il découle de ce qui précède qu'en vertu du règlement n°1408/71, le recourant doit en principe obligatoirement être affilié à une caisse-maladie en Suisse aussi longtemps qu'il y

réside. En revanche, dans la mesure où il perçoit également une rente tchèque et conformément à l'art. 27 du règlement, cette obligation cesse dès son établissement en République tchèque, soit dès le 1^{er} janvier 2010. Reste à examiner ce qu'il en est de la période antérieure et, en particulier, si le recourant peut se prévaloir de l'exception prévue à l'art. 2 al. 8 OAMal. Il y a lieu de répondre à cette question par la négative. En effet, force est de constater que la VZP n'a pas fourni à la Cour de céans les informations requises. L'attestation qu'elle a émise ne mentionne de plus que l'adresse du recourant en République tchèque, de sorte qu'on ignore si la VZP couvre les éventualités assurées nonobstant le domicile de l'intéressé en Suisse. Il n'est ainsi pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante usuellement requis en assurances sociales (ATF 126 V 353, consid. 5b) que, du 15 juillet 2007 au 31 décembre 2009, le recourant bénéficiait d'une protection d'assurance. Quoi qu'il en soit, en admettant même que tel ait été le cas, il n'a pas non plus pu être établi que la VZP offrait des prestations plus étendues que celles dues au titre de l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal. En effet, bien que le recourant ait à plusieurs reprises fait valoir que la couverture de la VZP était plus étendue, il n'a nullement prouvé la véracité de ces allégations malgré les demandes réitérées de l'intimé et de la Cour de céans. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a procédé à l'affiliation d'office du recourant à une caisse-maladie suisse pour la période du 15 juillet 2007 au 31 décembre 2009. Le recours sera donc partiellement admis et la décision de l'intimé annulée s'agissant de la période postérieure au 31 décembre 2009. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Annule la décision de l'intimé du 1^{er} avril 2008 en tant qu'elle porte sur l'affiliation obligatoire du recourant postérieurement au 31 décembre 2009. Dit que la procédure est gratuite. 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 Marie-Catherine SÉCHAUD La présidente Karine STECK 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.