RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/188/2020 **ATAS/7/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 janvier 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis route de Frontenex 62, GENÈVE intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, divorcé, est domicilié à Genève depuis le 1er octobre 2015.

b. L'assuré est affilié au titre de l'assurance obligatoire des soins depuis le 1er novembre 1997 auprès de SWICA ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : SWICA).

c. Depuis plusieurs années, SWICA a dû faire notifier à l'assuré divers commandements de payer pour des primes et participations impayées.

Par arrêt du 7 octobre 2019 (ATAS/910/2019), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS ou chambre de céans) a rejeté le recours formé par l'assuré contre une décision par laquelle SWICA avait levé l'opposition au commandement de payer portant sur les primes d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie dues pour les mois de novembre 2017 à décembre 2018, les participations aux frais, ainsi que les frais de rappel, d'encaissement et de poursuite. Le recours formé contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (9C_794/2019 du 27 décembre 2019).

B. **a.** Le 9 août 2018, le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM ou l'intimé) a adressé à l'assuré une attestation de subside d'assurance-maladie 2018 de CHF 70.- par mois du 1er janvier au 31 décembre 2018.

b. Par courrier du 20 août 2018, l'assuré a informé le SAM qu'il lui était totalement impossible de prendre en charge le solde dû à son assurance-maladie. Il a précisé qu'en 2017, le SAM avait pris en charge l'intégralité de la prime de son assurance-maladie, de sorte qu'il devait s'agir d'une erreur.

c. Le 23 août 2018, le SAM a répondu qu'à Genève la prise en charge de l'intégralité des primes n'était accordée que par l'Hospice général et le service des prestations complémentaires. Pour obtenir une telle subvention, l'assuré devait s'adresser directement à ces services. Dans le cas de l'assuré, son droit au subside était calculé sur la base de son revenu déterminant unifié (RDU) 2018, établi d'après sa taxation fiscale 2016.

d. Le 5 septembre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision du 9 août 2018. Il a expliqué avoir renoncé aux prestations sociales de l'Hospice général, en contrepartie de quoi il exigeait la prise en charge de l'intégralité de ses primes d'assurance-maladie.

e. Par décision du 11 février 2019, le SAM a réformé sa décision du 9 août 2018, en ce sens que l'assuré avait droit à un subside partiel de CHF 90.- pour 2018. Il apparaissait que son RDU avait été rectifié et s'élevait à CHF 11'805.-. Il ressortait toutefois de son dossier que l'assuré n'était pas bénéficiaire de prestations de l'Hospice général pour 2018. Du 1er octobre 2017 au 31 décembre

2017, il avait bénéficié d'un subside plus étendu en raison de sa qualité de bénéficiaire de l'Hospice général.

f. Le 26 février 2019, le SAM a adressé à l'assuré une nouvelle attestation de subside d'assurance-maladie 2018 de CHF 90.- par mois du 1er janvier au 31 décembre 2018.

g. L'assuré a formé opposition à cette décision le 4 mars 2019.

h. Par décision sur opposition du 11 juillet 2019, le SAM a maintenu sa décision du 26 février 2019. Le SAM lui avait accordé le subside partiel maximum, étant rappelé que seuls les bénéficiaires de prestations de l'Hospice général ou du service des prestations complémentaires pouvaient obtenir un complément ou un subside plus élevé.

Cette décision a été retournée à l'assuré par courrier A le 12 septembre 2019, puis à nouveau le 14 novembre 2019, l'intéressé ne l'ayant pas retirée dans le délai de garde de sept jours.

C. **a.** Le 25 avril 2019, le SAM a adressé à l'assuré une attestation de subside d'assurance-maladie 2019 de CHF 90.- par mois du 1er janvier au 31 décembre 2019.

b. L'assuré a formé opposition à cette décision le 7 mai 2019.

c. Par décision sur opposition du 11 juillet 2019, le SAM a confirmé sa décision du 25 avril 2019. Il a repris la motivation de sa décision sur opposition du même jour concernant le subside d'assurance-maladie pour l'année 2018.

Cette décision a été retournée à l'assuré par courrier A le 12 septembre 2019, puis à nouveau le 14 novembre 2019, l'intéressé ne l'ayant pas retirée dans le délai de garde de sept jours.

D. **a.** Par courrier du 19 août 2019, l'assuré a transmis au SAM un jugement du Tribunal civil du 4 juillet 2019 déclarant son état de faillite.

b. Par décision du 29 août 2019, le SAM n'est pas entré en matière sur l'annonce de changement de situation économique de l'intéressé, au motif qu'il était déjà au bénéfice du subside partiel maximum.

c. Par courriers des 21 octobre 2019, 14 novembre 2019, 18 novembre 2019 et 4 décembre 2019, l'assuré a réitéré sa demande de pouvoir bénéficier d'un subside intégral, précisant avoir fourni toutes les pièces démontrant son insolvabilité.

d. Par décision sur opposition du 16 décembre 2019, le SAM a maintenu sa décision du 29 août 2019. Il a repris la motivation de ses décisions sur opposition du 11 juillet 2019.

E. **a.** Par acte intitulé "opposition", déposé au guichet de la chambre de céans le 14 janvier 2020, l'assuré a contesté cette décision, concluant à l'octroi d'un subside intégral d'assurance-maladie pour les années 2018 à 2020. Il avait déjà produit

l'ensemble des pièces démontrant sa situation financière. Ses RDU des années 2018 et 2019 étaient nettement inférieurs aux normes prévues pour un adulte domicilié à Genève.

En annexe à son recours, il a produit un certificat médical du docteur B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, attestant de ce que son patient était indigent et avait impérativement besoin de suivre un traitement, faute de quoi sa vie pouvait être en danger. Son patient avait besoin que ses primes soient payées intégralement.

b. Le 6 février 2020, l'assuré a transmis une nouvelle fois son acte de recours.

c. Par réponse du 27 février 2020, le SAM a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

d. Par écriture du 2 mars 2020, l'assuré a confirmé qu'il sollicitait la prise en charge intégrale par l'intimé de son assurance-maladie pour les années 2018, 2019 et 2020.

e. Le 8 juin 2020, l'assuré a transmis à la chambre de céans un courrier du SAM datant du 26 mai 2020, d'où il ressort notamment qu'une attestation de subside d'assurance-maladie pour l'année 2020 a été adressée à l'assuré le 21 avril 2020.

f. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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). Elle est aussi compétente pour statuer sur les contestations prévues à l'art. 36 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition rendue en application de la LaLAMal et de son règlement d'exécution, soit le règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 15 décembre 1997 (RaLAMal - J 3 05.01).

1.2 Interjeté en temps utile (art. 36 al. 1 LaLAMal), compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre et le 2 janvier inclusivement (art. 63 al. 1 let. c de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10), dans

le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 89B al. 1 LPA), le recours est recevable.

2. Il convient au préalable de définir l'objet du litige.

2.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

2.2 En l'occurrence, la décision attaquée confirme, sur opposition, une décision de non entrée en matière prise par l'intimé le 29 août 2019, au motif que le recourant était déjà au bénéfice d'un subside partiel de CHF 90.- pour l'année 2019. La décision de l'intimé du 29 août 2019 fait suite à un courrier du recourant du 19 août 2019 annonçant un changement de situation économique, dû à sa déclaration de mise en faillite dès le 4 juillet 2019. Le litige porte ainsi uniquement sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande du recourant.

Il suit de là que les conclusions du recourant tendant à la prise en charge par l'intimé de l'intégralité de ses primes d'assurance-maladie pour les années 2018 à 2020 sont irrecevables, car exorbitantes du litige. La chambre de céans relève, au demeurant, que la question du droit du recourant à la prise en charge de l'intégralité de ses primes d'assurance-maladie pour les années 2018 et 2019 a été définitivement tranchée par décisions de l'intimé du 11 juillet 2019, aucun recours n'ayant été formé par-devant la chambre de céans dans le délai de trente jours à compter de la notification de ces décisions.

Au demeurant, s'agissant de la question du droit du recourant à la prise en charge de l'intégralité de ses primes d'assurance-maladie pour l'année 2020, force est de constater que le recours est prématuré, puisqu'il a été formé avant que l'attestation de subside d'assurance-maladie pour l'année 2020 n'ait été adressée au recourant (soit le 21 avril 2020). On ignore, du reste, si le recourant y a formé opposition.

3. Le litige porte donc sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande du recourant relative à son changement de situation économique.

3.1 Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse porte sur le subside de l'assurance-maladie pour l'année 2019, de sorte que la LaLAMal et son règlement d'application (RaLAMal) sont applicables dans leurs versions en vigueur au 31 décembre 2019. Ainsi la modification des art. 21 et 22 LaLAMal du 19 mai 2019, entrée en vigueur le 1er janvier 2020, n'est pas applicable au présent litige. Il en va de même de la modification des art. 11C al. 1 et 13B RaLAMal du 4 décembre 2019, entrée en vigueur le 1er janvier 2020.

3.2 Selon l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés. Le Conseil fédéral peut faire bénéficier de cette réduction les personnes tenues de s'assurer qui n'ont pas de domicile en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée.

L'octroi, par le canton de Genève, de subsides au titre de la réduction des primes de l'assurance-maladie obligatoire est prévu aux art. 19 à 34 de la LaLAMal, dispositions d'application des art. 65 et 65a LAMal (ATF 131 V 202 consid. 3.2.1).

3.3 En vertu de l'art. 19 LaLAMal, l'État de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie (al. 1). Le SAM est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes. Il est également compétent pour l'échange des données avec les assureurs (al. 3).

À teneur de l'art. 20 al. 1 LaLAMal, les ayants droits sont les assurés de condition économique modeste, définis selon des limites de revenus (let. a), ainsi que les assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le service des prestations complémentaires (let. b).

Selon l'art. 21 LaLAMal, dans sa version – applicable en l'occurrence – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019 (cf. *supra* consid. .3.1), le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas certains montants fixés par la loi, répartis dans des groupes identifiés par des lettres (al. 1). D'après l'al. 3 de cette disposition, le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant unifié du 19 mai 2005 (LRDU - J 4 06), dont le socle est calculé automatiquement sur la base de la dernière taxation fiscale définitive (art. 9 al. 1 LRDU). Selon l'art. 21 al. 4 LaLAMal, le droit aux subsides s'étend au

conjoint, au partenaire enregistré et aux enfants à charge de l'ayant droit. Une personne assumant une charge légale est assimilée à un couple.

D'après l'art. 22 al. 1 LaLAMal, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019 (cf. *supra* consid. 3.1), le montant maximal du subside pour un adulte est de CHF 90.- par mois (groupe A).

3.4 D'après l'art. 22 al. 7 LaLAMal, les bénéficiaires de prestations complémentaires familiales ont droit à un subside dont le montant est déterminé par le service de l'assurance-maladie en application de cette disposition, le Conseil d'État a édicté les art. 11A RaLAMal (Assurés bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI) et 11B RaLAMal (Assurés bénéficiaires de prestations complémentaires familiales). La situation des autres assurés au bénéfice de prestations de l'État a quant à elle été réglementée à l'art. 11C RaLAMal,

Selon l'art. 11C al. 1 RaLAMal, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019 (cf. *supra* consid. 3.1), les bénéficiaires de prestations de l'Hospice général obtiennent le subside partiel maximum, tel que défini à l'art. 22 al. 1 à 3 LaLAMal ainsi qu'un complément destiné à couvrir le solde de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, défini par l'art. 21 al. 2 let. c, de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007. Toutefois, ce complément ne peut dépasser le montant de la prestation d'aide sociale calculé par l'Hospice général en application de la loi précitée.

3.5 Selon l'art. 13B RaLAMal, dans sa version en vigueur au 31 décembre 2019 (cf. *supra* consid. 3.1), les assurés non bénéficiaires de subsides et les assurés bénéficiant de subsides en application de l'art. 21, al. 5, de la loi, dont la situation économique s'est durablement et notablement aggravée entre l'année de référence pour l'octroi des subsides et l'année d'ouverture du droit aux subsides peuvent solliciter l'octroi de ces derniers par une demande écrite adressée au service (al. 1). Est considérée comme durable l'aggravation intervenue depuis plus de 6 mois (al. 2). Est considérée comme notable l'aggravation qui engendre une diminution de 20 % ou plus du revenu déterminant calculé en application de l'al. 4 ci-dessous par rapport au revenu déterminant calculé en application de la loi sur le revenu déterminant unifié, du 19 mai 2005 (al. 3). Dans ce cas, le droit aux subsides est calculé sur la base du revenu déterminant actualisé du groupe familial, établi conformément à la loi sur le revenu déterminant unifié, du 19 mai 2005. Il naît le 1er janvier de l'année d'ouverture du droit aux prestations. Les limites de revenus fixées à l'art. 21 de la loi s'appliquent (al. 4). Les demandes doivent être adressées au service avant le 30 novembre de l'année d'ouverture du droit aux subsides. Toutefois, si l'aggravation de la situation financière se produit durant le deuxième semestre de l'année, le délai pour le dépôt d'une demande selon l'al. 1 court jusqu'au 30 juin de l'année suivante (al. 5).

3.6 En l'occurrence, par courrier du 19 août 2019, le recourant a informé l'intimé de ce que sa situation financière s'était aggravée au vu de sa récente déclaration de faillite, prononcée par jugement du Tribunal civil du 4 juillet 2019. On peut d'emblée se demander si le recourant était fondé à demander une adaptation de son droit au subside pour l'année 2019, dès lors qu'au moment de sa demande, le recourant était déjà bénéficiaire de subsides de l'assurance-maladie. Or, l'art. 13B al. 1 RaLAMal, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019, réservait la possibilité de demander des subsides en cas d'aggravation de la situation économique aux seuls assurés non bénéficiaires de subsides et assurés bénéficiant de subsides en application de l'art. 21 al. 4 LaLAMal - situation qui ne vise pas le recourant. La question peut toutefois rester ouverte puisque comme l'a relevé l'intimé, le recourant touchait déjà, pour l'année 2019, le montant maximal des subsides pouvant être alloué aux assurés, soit CHF 90.- (art. 22 al. 1 LaLAMal, dans sa version en vigueur au 31 décembre 2019).

Devant la chambre de céans, le recourant conteste que le montant de CHF 90.- constitue le montant maximal des subsides. Il fait valoir qu'il avait droit à des subsides couvrant l'intégralité des primes d'assurance-maladie. Il ressort toutefois du dossier que le recourant n'est plus au bénéfice de prestations de l'Hospice général depuis le 31 décembre 2017. Le recourant l'admet d'ailleurs expressément, puisqu'il indique avoir renoncé à ces prestations. Or, le recourant ne fait pas valoir qu'il est bénéficiaire de prestations complémentaires AVS/AI (cf. art. 11A RaLAMal) ou de prestations complémentaires familiales (cf. art. 11B RaLAMal), et aucune pièce du dossier ne permet de le retenir. Dans ces conditions, le recourant ne remplit pas les conditions légales pour obtenir un complément destiné à couvrir le solde de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins. Ainsi que l'a retenu à juste titre l'intimé, l'intéressé peut uniquement prétendre au subside destiné aux assurés de condition économique modeste (cf. art. 20 al. 1 let. a LaLAMal), dont le montant maximal pour un adulte est de CHF 90.- par mois (cf. art. 22 al. 1 LaLAMal). Contrairement à ce qu'il prétend, ni la loi fédérale ni les dispositions cantonales ne prévoient la possibilité de déroger au montant maximal fixé dans la loi. Une éventuelle dérogation ne reposerait donc sur aucune base légale et consacrerait ainsi une inégalité de traitement.

Ainsi que l'a rappelé l'intimé à plusieurs reprises, si le recourant souhaite bénéficier d'un complément destiné à couvrir le solde de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, il lui incombe de s'adresser à l'Hospice général (voire au Service des prestations complémentaires), qui se chargera de communiquer au SAM les données nécessaires à l'application de l'art. 11C al. 1 RaLAMal (cf. art. 11C al. 4 RaLAMal).

4. Infondé, le recours sera rejeté.

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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