

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1990/2013

ATAS/1156/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 novembre 2013

9ème Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis Route de
Frontenex 62, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Par courrier du 21 janvier 2013, Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a sollicité le versement d'un subside pour l'assurance maladie relatif à l'année 2012.

Il venait de recevoir la confirmation qu'il percevrait celui pour 2013, mais se rendait compte qu'il n'avait rien reçu pour l'année précédente alors que ses revenus auraient dus lui permettre d'y avoir droit.

2. Par décision du 22 mars 2013, le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) a rejeté la demande de subside rétroactif de l'assuré, celui-ci ayant présenté sa demande après le 31 décembre de l'année concernée, soit tardivement.
3. Le 30 mars 2013, l'assuré a fait opposition à la décision du SAM du 22 mars 2013. Son dossier avait dû être oublié en 2012. Il convenait de réparer cette erreur de l'administration.
4. Le 5 avril 2013, le SAM a indiqué avoir transmis le dossier à son service juridique pour traitement.
5. Par correspondance du 21 mai 2013, l'assuré a déploré attendre une réponse depuis 50 jours alors que son dossier ne présentait aucune difficulté.
6. Par décision sur opposition du 3 juin 2013, le SAM a rejeté l'opposition de M. B_____. Il était marié, vivait en couple et avait un enfant. Son revenu déterminant unifié (ci-après : RDU) 2010 s'élevait à 18'729 fr. Dans ces conditions, le RDU étant inférieur à 23'000 fr annuels, il appartenait à l'assuré de solliciter un subside. Le SAM n'avait reçu aucune demande avant la date du 23 janvier 2013. La demande était tardive. Le SAM ne pouvait pas octroyer de subside rétroactif.
7. Par acte du 19 juin 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du SAM.

Il avait payé 2'160 fr. de trop en 2012, le SAM ne lui ayant pas accordé le subside pour ladite année. Il ne s'était rendu compte de l'erreur que début 2013. Cette somme était importante pour lui, compte tenu de sa situation financière difficile.

8. Par réponse du 30 juillet 2013, le SAM a conclu au rejet du recours. Les revenus de l'assuré étaient inférieurs à ceux donnant droit systématiquement au subside d'assurance maladie. L'assuré aurait dû présenter une demande de subside pendant l'année concernée, ce qu'il n'avait pas fait. En agissant le 21 janvier 2013, sa demande était tardive.

9. Par réplique du 9 août 2013, l'assuré a relevé qu'il avait toujours perçu automatiquement les subsides d'assurance maladie. Il n'y avait aucune raison qu'il ne les perçoive pas en 2012.
10. Par duplique du 12 septembre 2013, le SAM a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que, compte tenu des revenus de l'assuré en 2011 et du fait que celui-ci n'avait plus d'enfant à charge, il était juste que l'assuré ait à nouveau reçu automatiquement un subside en 2013.
11. Le 16 septembre 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.
12. Par courrier spontané du 25 septembre 2013, l'assuré a relevé que les courriers du SAM étaient contradictoires et a réitéré son sentiment d'avoir été oublié en 2012.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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).

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

2. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art 60 et 61 let. b LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à un subside d'assurance maladie pour 2012.
4. Aux termes de l'art. 65 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste (al. 1). La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS J 3 05) régit l'application dans le canton de Genève de la LAMal. 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. Ceux-ci sont des dispositions d'application des art. 65 et 65a LAMal (ATF 131 V 202 consid. 3.2.1).
5. La jurisprudence considère que les cantons jouissent d'une grande liberté dans l'aménagement de la réduction des primes, dans la mesure où ils peuvent définir de manière autonome ce qu'il faut entendre par « condition économique modeste ». En effet, les conditions auxquelles sont soumises les réductions des primes ne sont pas réglées par le droit fédéral du moment que le législateur a renoncé à préciser la notion d'« assurés de condition économique modeste ». Aussi, le Tribunal fédéral

des assurances a-t-il jugé que les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2.2, 124 V 19 consid. 2).

6. L'Etat de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie (art. 19 al. 1 LaLAMal). Le service de l'assurance-maladie est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes (art. 19 al. 3 LaLAMal).
7. a. Les subsides sont, notamment, destinés aux assurés de condition économique modeste (art. 20. al. 1 let. a LaLAMal).

Le droit aux subsides pour les assurés de condition économique modeste est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par le Conseil d'Etat. Le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales du 19 mai 2005 (art. 21 al. 1 et 2 LaLAMal). Le montant des subsides est fonction des limites fixées par le Conseil d'Etat et du groupe dans lequel les revenus se situent (groupe A : 18'000 fr. pour un assuré seul, 29'000 fr. pour un couple ; groupe B : 29'000 fr. pour un assuré seul, 47'000 fr. pour un couple ; groupe C : 38'000 fr. pour un assuré seul, 61'000 fr. pour un couple. Ces limites sont majorées de 6'000 fr. par charge légale (art. 10B al. 1 RaLAMal).

b. Sont notamment présumés ne pas être de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides, les assurés majeurs dont le revenu déterminant n'atteint pas la limite fixée par le Conseil d'Etat, mais qui ne sont pas au bénéfice de prestations d'aide sociale (art. 20 al. 3 let. a LaLAMal). Le règlement a fixé la limite du revenu déterminant à moins de 20'000 fr. pour un couple sans charge légale. Ce montant est majoré de 3'000 fr. par charge légale.

Ces assurés peuvent présenter une demande dûment motivée, accompagnée des pièces justificatives, au SAM lorsque leur situation économique justifie l'octroi de subsides (art. 23 al. 5 LaLAMal). Ils doivent démontrer leurs moyens d'existence et prouver que leur situation justifie l'octroi de subsides. Les limites de revenus fixées à l'article 10B s'appliquent (art. 10 al. 4 à 6 du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 - RaLAMal ; RS J 3 05.01).

Le non-respect des délais fixés par le Conseil d'Etat entraîne la péremption du droit aux subsides pour l'année concernée (art. 23 al. 7 LaLAMal). Selon le règlement édicté par le Conseil d'Etat, des subsides ne peuvent être octroyés que pour les demandes adressées au service avant le 31 décembre de l'année d'ouverture du droit aux subsides. Le service n'entre pas en matière sur des demandes présentées hors délai (art 10 A RaLAMal).

8. En l'espèce, le recourant ne conteste pas que son RDU 2010, applicable pour le calcul du subside 2012, se monte à 18'729 fr. et que la famille n'est pas au bénéfice de prestations d'aide sociale.

La LaLAMal prévoit un droit au subside pour une certaine tranche de revenus. Au-dessus et au-dessous des montants fixés dans la loi, les assurés n'ont plus droit, automatiquement, à cette aide étatique. Les assurés qui ne sont pas dans la tranche de revenus concernée peuvent demander à bénéficier, à certaines conditions, des subsides et doivent démontrer la réalité de leur situation financière.

Le recourant se situe au-dessous du « revenu plancher » puisque l'attestation de RDU retient 18'729 fr. composé de 14'966 fr. annuel de bénéfice net de son activité indépendante et de 3'708 fr. d'indemnités chômage de son épouse. Si le recourant avait été au bénéfice de prestations d'aide sociale, le subside aurait été automatiquement alloué. Le dossier du recourant aurait ainsi fait l'objet d'un examen au sein d'un autre service de l'Etat. En se situant au-dessous du « revenu plancher », sans avoir sollicité de prestations d'aide sociale, le recourant se situe dans les catégories de personnes qui doivent solliciter le subside d'assurance maladie et non plus qui le reçoivent automatiquement.

La perte du subside 2012 équivaut, selon l'assuré, à un montant annuel de 2'160 fr., soit à une somme supérieure à ce qu'il déclare en un mois (18'729 fr : 12 mois = 1'560 fr.). Le système légal se fonde sur le prémisses qu'il n'est pas possible, dans ces circonstances, de faire vivre une famille à Genève avec 18'729 fr. annuels sans solliciter d'aide sociale ou, dans le cas d'espèce, en tous les cas, sans se rendre compte pendant l'année concernée (2012) que les primes d'assurance maladie payées par la famille grèvent le budget de façon telle que le subside, à l'évidence, fait défaut. L'intéressé qui se trouve réellement dans une situation financière extrêmement précaire se rendra ainsi immédiatement compte du manque que constitue le subside et pourra sans autre le solliciter. En ne réagissant pas pendant toute l'année 2012 et en indiquant vivre, à trois personnes, avec moins de 1'560 fr. par mois, sans avoir besoin de solliciter des prestations d'aide sociale, le recourant est sorti de l'octroi systématique des subsides d'assurance maladie et s'est retrouvé dans la catégorie à laquelle il appartenait de prouver la réalité de sa situation financière. En application des articles précités, il appartenait donc au recourant de déposer une demande de subside pendant l'année concernée. Déposée en janvier 2013, la demande est tardive.

9. Mal fondé, le recours sera rejeté.

10. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 19 juin 2013 par B_____ contre la décision sur opposition du SERVICE DE L'ASSURANCE MALADIE du 3 juin 2013.

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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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