RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2353/2023 **ATAS/914/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2023

Chambre 9

En la cause

A_____ aecourant

contre

HELSANA ASSURANCES SA intimée

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1994, est assuré auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou HELSANA) pour l'assurance obligatoire des soins.

b. Le 2 octobre 2022, l'assuré s'est inscrit sur le portail myHelsana. Le chapitre 7 des conditions d'utilisation mentionne ce qui suit : « En concluant le présent contrat d'utilisation ou en activant l'accès à la version complète de myHelsana, le client accepte de recevoir à l'avenir toute correspondance d'Helsana, y compris les factures ou la police par voie électronique. Cette règle ne s'applique pas aux documents pour lesquels un envoi postal est requis pour des raisons juridiques ou techniques. Par ailleurs, le client peut demander sur myHelsana que les décomptes de prestations, factures de primes, polices et relevés fiscaux lui soient également envoyés par courrier ».

c. Plusieurs échanges téléphoniques ont eu lieu entre HELSANA et l'assuré au cours du mois de novembre 2022.

d. Le 29 novembre 2022, l'assurance lui a adressé, sur le portail myHelsana, une nouvelle police d'assurance avec une franchise abaissée à CHF 300.-.

e. Le 27 mars 2023, l'assuré a contesté la modification de la franchise, expliquant qu'en novembre 2022, il souhaitait seulement obtenir des renseignements et n'avait jamais accepté un changement de primes, ni par oral ni par écrit. Sa situation financière était intenable avec une prime d'assurance de près de CHF 600.- par mois.

f. Par courriel du 28 mars 2023, l'assurance a rappelé à l'assuré qu'il avait formulé, par entretien téléphonique du 29 novembre 2022, une demande de baisse de franchise et qu'une nouvelle police d'assurance lui avait été transmise via la portail myHelsana. À ce moment-là, il avait encore la possibilité de modifier sa franchise jusqu'au 31 décembre 2022, ce qu'il n'avait pas fait.

g. Par courriel du même jour, l'assuré a contesté avoir demandé un changement de franchise et requis des preuves quant à la conversation téléphonique du 29 novembre 2022. Il a également contesté la notification valable d'une police transmise via le portail myHelsana.

h. Par courriel du 31 mars 2023, l'assurance a répondu qu'elle n'avait pas conservé l'enregistrement au vu du temps écoulé.

i. Plusieurs échanges s'en sont suivis entre HELSANA et l'assuré.

B. **a.** Par décision du 2 mai 2023, l'assurance a confirmé qu'une modification de la franchise pour l'année 2023 n'était pas envisageable et rappelé que l'assuré n'avait pas contesté la police d'assurance modifiée du 29 novembre 2022.

b. Le 5 mai 2023, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à la nullité du changement de prime, soit au rétablissement de la franchise de CHF 2'500.-, au remboursement du trop-perçu des factures de 2023 avec intérêts moratoires de 5% dès le 31 mai 2023, au remboursement des frais de rappel et à l'annulation des frais de rappel des factures ouvertes. Il a également requis un montant de CHF 500.- à titre de réparation du tort moral causé en raison des nombreux échanges avec l'assurance.

c. Par courriel du 11 juin 2023, l'assuré a informé l'assurance avoir reçu « une proposition de la part du service juridique d'HELSANA de [lui] rembourser la différence ».

d. Par décision sur opposition du 15 juin 2023, l'assurance a maintenu sa position, précisant qu'aucun accord n'avait été conclu avec son service juridique.

C. **a.** Par acte du 15 juin 2023, l'assuré a recouru contre la décision du 15 juin 2023 devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation et au constat d'illicéité du changement de franchise. Subsidiairement, il invitait la chambre de céans à constater la validité de la transaction conclue avec l'assurance. À titre préalable, il a sollicité des mesures provisionnelles tendant au rétablissement de la franchise de CHF 2'500.-.

b. Le 18 juillet 2023, l'assuré a transmis à l'assurance un échange de courriels intervenu entre B_____ et lui-même. Il en résultait en particulier que B_____ lui avait proposé, en vue du règlement du litige, un montant de CHF 1'538.80 correspondant à la différence de prime annuelle en fonction du montant des primes selon la franchise à CHF 300.- (CHF 538.30) et la franchise à CHF 2'500.- (CHF 410.-).

c. Par réponse transmise le 25 juillet 2023 devant la chambre de céans, l'assurance a conclu au rejet du recours.

S'agissant des mesures provisionnelles, l'assuré ne subissait aucun préjudice financier puisque sa situation financière était meilleure qu'avec une prime en fonction de la franchise de CHF 2'500.-. Il touchait un subside mensuel de CHF 180.- et avait obtenu un arrangement de paiement de CHF 1'539.60 de la part de B_____.

Contrairement à ce que soutenait l'assuré, la correspondance usuelle n'était, en règle générale, plus envoyée par courrier postal depuis l'inscription de l'assuré au portail myHelsana.

S'agissant de l'accord intervenu, HELSANA et B_____ étaient deux entités indépendantes et juridiquement différentes. Un contrat de collaboration existait entre HELSANA ASSURANCES COMPLEMENTAIRES SA et HELSANA PROTECTION JURIDIQUE SA. B_____ gérait les dossiers pour le compte de HELSANA PROTECTION JURIDIQUE SA. Les assurés de HELSANA notamment au bénéfice de la couverture complémentaire disposaient d'une

assurance de protection juridique auprès d'HELSANA PROTECTION JURIDIQUE SA. Cependant, en aucun cas, HELSANA avait un droit de regard sur la façon dont les dossiers étaient traités et résolus par B_____.

L'assuré ne s'était pas acquitté de toutes les primes facturées, malgré divers rappels de paiement.

d. Par réplique du 2 août 2023, le recourant a indiqué s'être acquitté de l'entier de ses factures et a formulé la conclusion suivante : « vu l'accord trouvé avec B_____, l'assuré consent à retirer son recours dans la mesure où HELSANA ASSURANCES SA prend acte de la résolution de l'affaire par B_____ et renonce à toute prétention ultérieure ».

e. Le 24 août 2023, l'assurance a pris acte du versement à bien plaire de la part de B_____ du montant de CHF 1'539.60. Elle ne pouvait toutefois pas consentir à renoncer à toute prétention ultérieure puisque des factures de primes restaient encore impayées pour un montant de CHF 1'203.30. Elle maintenait ainsi sa conclusion au rejet du recours.

f. Invité à se déterminer sur la suite qu'il entendait donner à la procédure, le recourant n'a pas réagi dans le délai imparti, puis prolongé, à cet effet.

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).

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art, 1 al. 1 LAMal ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

2. Se pose en premier lieu la question de savoir si le recourant a valablement retiré son recours.

2.1 Selon la jurisprudence, un retrait du recours doit faire l'objet d'une déclaration expresse et ne saurait être conditionnel ou tacite (ATF 119 V 38 consid. 1b, 111 V 158 consid. 3b).

Aux termes de l'art. 50 LPGA, les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction (al. 1). L'assureur est tenu de notifier la transaction sous la forme d'une décision sujette à recours (al. 2).

2.2 En l'occurrence, le recourant a déclaré qu'il acceptait de retirer son recours « dans la mesure où [l'intimée] renonç[ait] à toute prétention ultérieure ». Ainsi, vu l'absence de volonté inconditionnelle du recourant de retirer son recours, il n'est pas possible d'accepter le retrait du recours. On ne saurait non plus considérer que les parties sont parvenues à un accord puisque l'intimée a refusé la condition posée par le recourant, considérant que la chambre de céans devait statuer sur le fond de l'affaire. Le recours conserve ainsi un objet, si bien que la chambre de céans entrera en matière.

3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de rétablir la franchise à CHF 2'500.- à compter du 1er janvier 2023. Il sera précisé que l'arrangement intervenu entre le recourant et sa protection juridique, qui ne concerne pas l'intimée en sa qualité d'assureur social, ne fait pas l'objet du présent litige.

3.1 Aux termes de l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2).

3.2 À teneur de l'art. 61 al. 1 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés.

Selon l'art. 93 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103, al. 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à CHF 500.-, CHF 1'000.-, CHF 1'500.-, CHF 2'000.- et CHF 2'500.- francs pour les adultes et les jeunes adultes et à CHF 100.-, CHF 200.-, CHF 300.-, CHF 400.-, CHF 500.- et CHF 600.- pour les enfants. Un assureur peut offrir des franchises différentes pour les adultes et les jeunes adultes. Les franchises à option offertes par l'assureur doivent s'appliquer à l'ensemble du canton (al. 1).

Aux termes de l'art. 94 OAMal, tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile (al. 1). Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi (al. 2).

3.3 Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé la légalité de l'art. 94 al. 2 OAMal en ce qui concerne la restriction de la liberté de résiliation en cas de changement d'assureur pour les assurés qui ont choisi une franchise plus élevée (RKUV 1998 n° KV 39 p. 378). En effet, la réduction de la prime proposée par l'assureur en échange d'une participation aux coûts plus élevée (cf. art. 62 al. 2 let. a LAMal, art. 95 al. 2 OAMal) nécessite un calcul de prime adapté correspondant à des années civiles complètes. Par conséquent, une interruption des rapports d'assurance avec franchise à option pendant l'année civile - contrairement à ceux avec franchise ordinaire (art. 103 al. 4 OAMal) - n'est pas conforme au système. Ce principe est valable non seulement en cas de changement d'assureur, mais également en cas de passage à une franchise inférieure ou à une autre forme d'assurance auprès du même assureur, raison pour laquelle la légalité de l'art. 94 al. 2 OAMal doit également être affirmée à l'égard de ces cas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 30/01 du 3 mai 2001 consid. 1a).

3.4 Selon l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants.

Cette disposition traite de l'obligation faite aux assureurs sociaux de tenir un dossier complet pour chaque assuré. Cette obligation vise à garantir le droit d'être entendu de l'assuré. Le devoir d'enregistrer tous les documents exige de l'assureur une documentation complète et systématique. Les documents doivent être classés par ordre chronologique et, au plus tard lors de la décision, numérotés avec si possible une liste des pièces et leur intitulé. Par « documents », il faut entendre toute information déterminante, indépendamment de son support : il ne s'agit donc pas seulement de courriers ou de colis, mais également des dossiers électroniques. Est donc compris dans la notion de documents tout ce qui concerne l'affaire *(« alles was zur Sache gehört »).* Les courriers électroniques et les comptes rendus des entretiens téléphoniques font également partie des documents, selon l'art. 46 LPGA. Lorsqu'un assureur ne respecte pas cette disposition, le fardeau de la preuve peut être renversé. Cela joue un rôle particulièrement important lorsqu'il y a lieu de déterminer si une partie a agi dans les délais. Pour qu'il y ait renversement du fardeau de la preuve en cas de violation de l'art. 46 LPGA, il faut que la violation soit la cause de l'impossibilité de fournir une preuve. L'inversion du fardeau de la preuve n'est pas envisageable lorsqu'un assuré prétend avoir adressé à l'assureur un courrier mais qu'il n'est pas en mesure de l'attester. Il n'y a donc pas une violation de l'obligation de gérer les documents de manière systématique si l'assuré constate simplement qu'un courrier qu'il prétend avoir adressé ne figure pas au dossier. Encore faut-il qu'il apporte des éléments concrets de ce qu'il avance, comme en particulier la preuve de l'envoi recommandé adressé, avec une copie de la demande de prestations (Commentaire romand LPGA, 2018, n. 1ss ad art. 46 LPGA).

4. Dans la décision entreprise, l'intimée a maintenu la franchise du recourant pour l'assurance obligatoire des soins à CHF 300.- pour l'année 2023, ce que l'intéressé conteste, en réclamant que sa franchise soit rétablie à CHF 2'500.- pour cette année-là.

Devant la chambre de céans, le recourant explique qu'entre octobre et novembre 2022, il avait échangé plusieurs fois avec l'intimée à la suite d'un accident au genou subi au mois d'octobre. Par appels du 24 au 29 novembre 2022, il avait explicitement demandé à un collaborateur de l'intimée de lui confirmer que sa franchise ne serait pas modifiée, étant donné la couverture par l'assurance de son employeur, ce à quoi il avait reçu une réponse positive. Ce n'était que lors d'un appel téléphonique du 27 mars 2023 qu'il avait appris que sa franchise avait été baissée du maximum au minimum.

L'intimée conteste cette version des faits. Elle soutient que lors de l'appel téléphonique du 29 novembre 2022, le recourant avait explicitement requis une diminution de franchise à CHF 300.-. Quoi qu'en dise le recourant, cette version des faits trouve un fondement au dossier, à savoir la note téléphonique de l'intimée du 29 novembre 2022. En rédigeant cette note, l'intimée a ainsi dûment respecté son obligation d'enregistrer systématiquement tous les documents qui peuvent être déterminants. Conformément aux principes précités, si le recourant entendait contester la véracité de cette note, il lui appartenait d'apporter des éléments concrets de ce qu'il avançait. Le seul fait de solliciter un enregistrement sonore ne suffit pas à cet égard. Par ailleurs, contrairement à ce qu'il prétend, le fait qu'il ait contacté l'assurance à plusieurs reprises au mois d'octobre 2022 au sujet de son accident ne lui est d'aucun secours. On peine d'ailleurs à comprendre ce qu'il entend déduire de ces échanges quant à la question du changement de franchise de l'assurance obligatoire des soins.

Il appert ainsi, sur la base des notes téléphoniques des 24 et 29 novembre 2022, qu'après avoir sollicité des renseignements sur les montants des différentes franchises, le recourant a indiqué qu'il souhaitait diminuer sa franchise à CHF 300.-. L'intimée a pris acte de cette diminution de franchise en adressant au recourant, le 29 novembre 2022, une nouvelle police d'assurance, valable dès le 1er janvier 2023 et confirmant une franchise de CHF 300.- ainsi qu'une prime s'élevant désormais à CHF 581.10. Le recourant n'a, dans un premier temps, pas contesté cette nouvelle police d'assurance. C'est seulement dès le mois de mars 2023 – soit quatre mois après avoir reçu sa nouvelle police d'assurance – qu'il a contesté avoir requis un changement de franchise. Le recourant ne peut être suivi lorsqu'il conteste avoir reçu la proposition de nouvelle franchise au motif qu'elle avait été transmise sur le portail myHelsana. En effet, conformément aux conditions d'utilisation de myHelsana, en activant l'accès à la version complète de myHelsana, il a accepté de recevoir à l'avenir toute correspondance de l'intimée, y compris les factures ou la police par voie électronique. C'est le lieu de préciser que la législation fédérale en matière d'assurance-maladie (art. 94 OAMal et 7

LAMal) ne subordonne pas le passage à une franchise inférieure à la signature d'une proposition d'assurance. On relèvera encore, en relation avec l'art. 7 LAMal, que le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la déclaration de volonté par laquelle un assuré démissionnait d'une caisse-maladie était un acte juridique unilatéral (droit formateur) produisant ses effets indépendamment du consentement de l'assureur (arrêt K 69/00 du 1er décembre 2000 consid. 2d). On ne voit pas qu'il en aille différemment du passage à une franchise inférieure, dans la mesure où l'art. 94 al. 2 OAMal permet aussi bien le passage à une franchise inférieure que le changement d'assureur moyennant un simple « préavis » donné par l'assuré, ce qui suppose un caractère unilatéral dans les deux cas (cf. ATAS/625/2021 du 16 juin 2021 consid. 8).

Enfin, le recourant ayant requis, en mars 2023, que sa franchise soit rétablie à CHF 2'500.- dès le 1er janvier 2023, on relèvera encore qu'une demande de modification de franchise ne saurait déployer d'effet rétroactif, conformément à l'art. 94 al. 2 OAMal et à la jurisprudence topique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 30/01 du 3 mai 2001 consid. 2 ; ATAS/625/2021 du 16 juin 2021 consid. 8).

Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours. Cette issue rend sans objet la requête de mesures provisionnelles.

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

******

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