

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2656/2018

ATAS/626/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juillet 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny SANDMEIER et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, est domiciliée à Genève.
2. Par décision du 24 janvier 2018, le service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM) a informé l'assurée de ce que l'Hospice général lui avait indiqué que la prime d'assurance-maladie de l'intéressée n'était plus prise en charge dans son intégralité à partir du 1^{er} janvier 2018. Le SAM était par conséquent tenu d'informer son assureur-maladie de ce changement et de lui demander de reprendre la facturation de ses primes.
3. Le 6 février 2018, l'assurée a formé opposition à cette décision, faisant valoir qu'elle se trouvait dans une situation financière difficile.
4. Le 14 juin 2018, l'assurée a adressé au SAM une annonce de changement de situation économique ou familiale. Elle a indiqué comme cause du changement l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité et la fin de la prise en charge par l'Hospice général.
5. Par décision sur opposition du 5 juillet 2018, le SAM a maintenu sa position. En tant que l'assurée n'était ni au bénéfice de prestations complémentaires, ni au bénéfice de prestations de l'Hospice général, elle ne pouvait pas bénéficier de la prise en charge intégrale de ses primes d'assurance-maladie. L'intéressée avait cependant droit à un subside partiel maximum de CHF 90.- par mois.
6. Le 26 juillet 2018, le SAM a adressé à l'assurée une attestation de subside d'assurance-maladie 2018 de CHF 90.- par mois du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018.
7. Le 1^{er} août 2018, l'assurée a recouru contre « [la] décision de [lui] verser la modeste somme de CHF 90.- ». Elle s'est également plainte du retard à statuer du SAM.
8. Le 6 août 2018, le SAM a transmis le recours de l'assurée à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) pour objet de sa compétence.
9. Par réponse du 27 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a toutefois précisé que si le service des prestations complémentaires venait à accorder des prestations d'aide sociale à l'intéressée, il pourrait le cas échéant réexaminer son dossier. À l'appui de sa réponse, il a notamment produit l'attestation annuelle 2018 de la recourante certifiant un revenu déterminant unifié (RDU) de CHF 47'045.- (année de référence 2016).
10. La recourante n'a pas donné suite à l'invitation de formuler des observations que la chambre de céans lui a adressée d'abord jusqu'au 19 octobre 2018, puis jusqu'au 1^{er} décembre 2018, puis, à titre d'ultime délai, jusqu'au 21 janvier 2019.

EN DROIT

1. a. 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).

b. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 36 al. 1 LaLAMal), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

La recourante a qualité pour recourir (art. 60 let. a et b et art. 89A LPA).

c. Le recours est donc recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit de l'intéressée à la prise en charge par l'intimé de l'intégralité de sa prime d'assurance-maladie au-delà du 1^{er} janvier 2018.

a. 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. Les art. 19 ss LaLAMal sont des dispositions d'application des art. 65 et 65a LAMal (ATF 131 V 202 consid. 3.2.1).

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 ; ATF 124 V 19 consid. 2).

b. Selon l'art. 19 al. 1 LaLAMal, l'État de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste (ci-après : ayants droits) des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie. Le SAM est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes (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). Le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas certains montants fixés par la loi (à son art. 21), répartis dans des groupes identifiés par des lettres (de A à D3). L'art. 21 al. 3 LaLAMal précise que 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). D'après l'art. 22 al. 1 LaLAMal, le montant maximal du subside pour un adulte est de CHF 90.- par mois (groupe A).

D'après l'art. 22 al. 6 LaLAMal, les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside égal au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur. L'al. 7 précise que les bénéficiaires de prestations complémentaires familiales ont droit à un subside dont le montant est déterminé par le service. En application de l'art. 22 al. 6 et 7 LaLAMal (cf. art. 22 al. 8 LaLAMal), le Conseil d'État a édicté les art. 11A (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 lequel les bénéficiaires de prestations de l'Hospice général obtiennent le subside partiel maximum, tel que défini à l'art. 22 al. 1 à 3 de la loi, 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 (al. 1). Au cas où un bénéficiaire cesse d'avoir droit aux prestations de l'Hospice général en cours d'année, son subside partiel, tel que défini à l'al. 1, est maintenu jusqu'à la fin de l'année en cours. En cas de justes motifs, le service peut, à la demande de l'Hospice général, ne pas maintenir ce subside (al. 3).

Selon l'art. 23A al. 1 LaLAMal, le service des prestations complémentaires communique régulièrement au service de l'assurance-maladie le nom des bénéficiaires de ses prestations, la date d'ouverture du droit aux subsides et, cas échéant, le montant, ainsi que la date de fin du droit aux subsides.

c. En l'espèce, la recourante conteste le versement d'un subside de CHF 90.-, estimant que les subsides versés par l'intimé devraient couvrir l'intégralité de ses primes d'assurance-maladie.

Il ressort toutefois de la décision de l'intimé du 24 janvier 2018 que la recourante n'est plus au bénéfice de prestations de l'Hospice général depuis le 1^{er} janvier 2018. L'intéressée ne le conteste pas. Elle ne fait pas davantage valoir qu'elle 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, la recourante 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'intéressée 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, qui correspond sur ce point aux anciens art. 22 al. 1 aLaLAMal et 11 al. 1 et 2 aRaLAMal, dans leur teneur jusqu'au 27 janvier 2018). Contrairement à ce que souhaiterait la recourante, 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.

Toutefois, ainsi que l'a rappelé l'intimé, si le service des prestations complémentaires venait à accorder des prestations à la recourante, il lui incomberait d'en informer rapidement l'intimé afin qu'il puisse réexaminer le cas échéant son dossier (cf. art. 23A al. 1 LaLAMal).

3. 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

Marie NIERMARÉCHAL

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