

GE_GERICHTE ATAS/914/2023 vom 24. November 2023

GE Cour de justice, 2023-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_914_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/914/2023 du 24 novembre 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/914/2023 del 24 novembre 2023

Erwägungen

E. 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.

E. 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).

E. 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).

A/2353/2023 - 6/9 -

E. 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).

E. 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).

A/2353/2023 - 7/9 -

E. 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

A/2353/2023 - 8/9 - 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).

A/2353/2023 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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