

# **GE\_GERICHTE ATAS/233/2009 vom 26. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_233\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_233_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/233/2009 du 26 février 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/233/2009 del 26 febbraio 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

A/3153/2006 - 5/9 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

### **E. 4**

Le requérant conteste l'augmentation des primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins pour l'année 2006, l'estimant injustifiée.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 7, al. 2 LAMal, la caisse doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFSP, au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. L'art. 61 LAMal prévoit que l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (al. 1). Il peut échelonner le montant des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions (al. 2). Il peut fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés pour ceux qui ont moins de 18 ans révolus ou moins de 25 ans révolus (al. 3). Le Conseil fédéral fixe les réductions de primes visées à cet alinéa (al. 3 bis). Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoires doivent être approuvés par le Conseil fédéral. Les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents, pour autant que la procédure d'approbation n'en soit pas prolongée (al. 5). Pour chaque assuré, la caisse doit distinguer clairement entre les primes de l'assurance

obligatoire des soins, de l'assurance d'indemnités journalières, des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurances (art. 89 OAMal). La caisse doit soumettre à l'approbation de l'OFSP les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leur modification, au plus tard cinq mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après l'approbation. Pour obtenir celle-ci, la caisse joint aux tarifs, sur une formule remise par l'OFSP, le budget de l'exercice en cours et le budget de l'exercice suivant (art. 92 OAMal). L'art. 60 LAMal, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, prévoit les règles de financement de l'assurance obligatoire des soins. Celle-ci est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assurances constituent des A/3153/2006 - 6/9 - réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme (al. 1). Le financement doit être autonome. Les assureurs doivent présenter séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins (al. 2). Ils tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins et les montants des primes et les prestations relatives aux cas de maladie et d'accident sont indiqués séparément (al. 3). D'autres dispositions sont édictées par le Conseil fédéral sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, ainsi que la constitution des réserves et les placements des capitaux (al. 4). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2005, de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 8 octobre 2004 (cf. ch. I de la loi précitée, Stratégie globale, compensation des risques), a apporté quelques modifications, en ce sens que l'exercice comptable des assureurs correspond à l'année civile (cf. art. 60 al. 3 LAMal), les assureurs établissent pour chaque exercice un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des annuels et le Conseil fédéral détermine les cas dans lesquels un compte de groupe doit également être établi (cf. art. 60 al. 4 LAMal). Le rapport de gestion est établi conformément aux règles du code des obligations relatives aux sociétés anonymes et aux dispositions de la présente loi (art. 60 al. 5 LAMal). Enfin, le Conseil fédéral règle les modalités selon lesquelles le rapport de gestion est publié ou rendu accessible au public (art. 60 al. 6, 2ème phrase LAMal).

## **E. 6**

Dans un arrêt du 1er février 2005 (ATF 131 V 66), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a tout d'abord confirmé sa jurisprudence selon laquelle le recours de droit administratif est recevable contre des décisions qui sont prises en application d'un tarif dans une situation concrète, alors qu'il est irrecevable contre des décisions qui ont pour objet l'établissement ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsqu'il vise directement des clauses tarifaires particulières en tant que telles (cf. ATF du 31 mai 2002 dans la cause K 120/01). Il convenait cependant de déterminer le pouvoir d'examen du juge lorsque le recours est dirigé contre une décision prise en application d'une clause tarifaire, dans une situation concrète, comme dans le cas d'espèce. Rappelant l'autonomie des assureurs dans la fixation des primes selon l'art. 61 al. 1 LAMal, ainsi que la liberté d'appréciation étendue de l'OFSP (anciennement OFAS) dans l'approbation des tarifs de primes et du Conseil fédéral en tant qu'autorité de recours interne à l'administration, le TFA a déclaré qu'il ne convenait pas que l'autorité juridictionnelle appelée à trancher un cas concret puisse, "d'une manière indirecte, substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité administrative. Aussi, le juge est-il appelé à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète". Cependant, le Tribunal ne doit pas se limiter à examiner si l'assuré a été classé correctement dans la région de prime

déterminante et dans la classe d'âge correspondante, ou si le tarif approuvé par l'OFSP, la franchise et les rabais ont été appliqués correctement à l'intéressé. Dans le cadre du

A/3153/2006 - 7/9 - contrôle de la légalité de la clause en question, il doit examiner si celle-ci est conforme au système de la répartition des dépenses et au principe du financement autonome de l'assurance obligatoire des soins, selon l'art. 60 al. 1, 2 et 3 LAMal. Il lui incombe en particulier de vérifier "si la clause contestée repose, en ce qui concerne les charges et les produits, sur une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale et, dans ce cadre, une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance indemnités journalières (art. 81, al. 1 OAMal). L'exigence d'une comptabilité distincte doit être contrôlée également en ce qui concerne les frais d'administration (art. 84 OAMal)". Pour ce faire, le juge doit faire appel à des spécialistes des organes de fixation et d'approbation des tarifs de primes, tout en tenant compte du droit au secret des affaires et du droit de l'assuré de consulter les pièces. La plupart des questions auxquelles le juge pourrait être amené à donner des réponses dans le cadre du contrôle qui lui incombe, peut s'appuyer sur le témoignage, écrit ou oral, de l'organe de révision, dont l'indépendance est présumée de par la loi. Selon la jurisprudence, en exigeant que les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins soient dûment contrôlés et approuvés par l'OFSP, le législateur fédéral a expressément érigé une présomption d'adéquation du montant des primes. Dans le cadre d'une contestation judiciaire subséquente, l'assuré ne peut renverser cette présomption de fait qu'en apportant la preuve stricte du contraire, la vraisemblance prépondérante n'étant pas suffisante. La preuve de la non-conformité du montant de la prime ne peut alors être rapportée que si le juge acquiert, en se fondant sur des éléments objectifs, la conviction de l'existence de ce fait; une certitude absolue n'est pas nécessaire, mais il faut qu'il n'y ait aucun doute sérieux ou, à tout le moins, que les doutes qui subsistent paraissent légers (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 p. 324). Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rappelé aussi que l'OFSP, en sa qualité d'autorité de surveillance, n'intervient qu'en cas d'inadéquation manifeste des frais administratifs. Il ne lui appartient pas en revanche de s'immiscer dans des questions qui relèvent de la conduite stratégique de l'entreprise. Le juge ne peut en effet se voir reconnaître un pouvoir d'examen plus étendu que celui de l'autorité d'approbation des primes ; lorsqu'elle est amenée à examiner le bien-fondé de coûts administratifs, l'autorité judiciaire ne doit intervenir qu'en cas d'abus manifeste et ne saurait se substituer aux autorités chargées de la surveillance de la pratique des assureurs (ATF du 24 novembre 2008 9C\_312/2008).

#### **E. 7**

En l'espèce, l'OFSP a approuvé les augmentations de primes de l'intimé pour l'année 2006, ce qui a pour conséquence que l'adéquation du montant des primes est présumée. D'autre part, dans le cadre de la procédure opposant l'intimé à un assuré concernant l'augmentation des primes pour l'année 2001 ayant fait l'objet de l'ATF du 24 novembre 2008, le Tribunal de céans avait procédé à l'audition de l'organe de

A/3153/2006 - 8/9 - révision; ce dernier avait déclaré que l'intimé tenait une comptabilité séparée pour l'assurance-obligatoire des soins, pour les formes particulières d'assurance et pour l'assurance d'indemnités journalières, la répartition des coûts administratifs entre l'assurance-maladie sociale et l'assurance complémentaire se faisant selon une clé de répartition. Le TF a relevé à cet égard que dans un rapport d'audit du 18 octobre 2006, l'OFSP a attesté que le choix des clés de répartition appliquées par le GROUPE MUTUEL

pour le compte des institutions qui lui étaient affiliées ainsi que leurs pondérations se rapprochaient de la réalité économique (ATF 9C\_312/2008 consid. 7.4.3). Force dès lors est de conclure que la clause tarifaire en cause respecte le système de la répartition des dépenses et le principe du financement autonome de l'assurance obligatoire des soins. Dès lors que le recourant n'établit pas à satisfaction de droit la non-conformité au droit fédéral de la prime litigieuse, le Tribunal de céans ne peut que rejeter son recours. \*\*\*

A/3153/2006 - 9/9 -

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