

GE_GERICHTE A/1158/2006 vom 25. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1158_2006

FR: GE_GERICHTE A/1158/2006 du 25 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/1158/2006 del 25 giugno 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.06.2014
A/1158/2006

A/1158/2006 ATAS/778/2014 du 25.06.2014 (LAMAL), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1158/2006
ATAS/778/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 25 juin
2014 2ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE recourante
contre MUTUEL ASSURANCES MALADIE SA, Service juridique, sis Rue des Cèdres 5,
MARTIGNY intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née en 1930 (ci-après l'assurée ou
la recourante) était assurée en tout cas depuis 2005 auprès de MUTUEL ASSURANCES
MALADIE SA (ci-après l'assurance ou l'intimée), pour l'assurance obligatoire des
soins.![endif]>![if> 2. Représentés par l'ASSUAS, une trentaine d'assurés, dont
l'assurée, se sont opposés à l'augmentation de leur prime d'assurance pour l'année
2006.![endif]>![if> 3. Par décision sur opposition du 24 février 2006, l'assurance a
rejeté l'opposition formée par l'assurée contre l'augmentation de sa prime pour l'année
2006. Elle a également rejeté les autres oppositions.![endif]>![if> 4. Tous les assurés
concernés ont déposé un recours, dont l'assurée le 29 mars 2006, d'abord représentés par
l'ASSUAS, puis par Me Mauro POGGIA.![endif]>![if> 5. Les diverses causes ont été
jointes par ordonnances des 10 avril 2006 et 3 juillet 2006 (A/1_____/2006).![endif]>![if>
6. Par arrêt incident du 30 août 2006, la procédure a été suspendue jusqu'à droit jugé
dans la procédure A/2_____/2003. Elle a été reprise par ordonnance du 19 décembre 2008,
suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 24 novembre 2008, cause 9C_312/2008 .![endif]>![if>
7. Les parties ont produit des écritures dans la cause pilote pour l'année
2006.![endif]>![if> 8. Par arrêt incident du 12 mai 2009, la procédure a été suspendue
en application de l'art. 14 LPA jusqu'à droit connu dans la procédure A/3_____/2007,
opposant Monsieur Mauro POGGIA à l'assurance, pour l'augmentation de la prime
2007.![endif]>![if> 9. Dans le cadre de la procédure A/3_____/2007, après production
des pièces et des écritures, une expertise comptable portant sur l'examen des comptes de
l'intimée a été ordonnée par la chambre de céans. Les parties ont ensuite été entendues, de
même que les experts. Des compléments d'expertise ont été ordonnés, puis les parties ont
conclu.![endif]>![if> 10. Par arrêt du 19 septembre 2013 (cause A/3_____/2007 ;
ATAS/918/2013), la chambre a rejeté le recours, compte tenu du fait que, sur la base de
l'expertise comptable ordonnée, rien ne permettait d'affirmer que la cotisation de
l'assurance au groupe auquel elle appartient n'était pas justifiée, ni que les frais
administratifs payés dépassaient toute mesure raisonnable au point de ne pas être
compatibles avec le principe de l'économicité, de sorte que le recourant n'avait pas réussi à
apporter la preuve de l'inadéquation du montant des primes.![endif]>![if> 11. Par
ordonnance du 7 avril 2014, la procédure a été reprise et un délai a été fixé à chaque
recourant pour indiquer s'il retirait ou maintenait son recours compte tenu de l'issue de la

procédure précitée et pour motiver son recours en cas de maintien.![endif]>![if> 12. Par courriers reçus entre le 10 avril et le 22 mai 2014, 27 recourants ont retiré leurs recours, ce dont la chambre de céans a pris acte par arrêt du 3 juin 2014 (ATAS/665/2014). Compte tenu du décès de deux recourants, leurs hoirs ont été interpellés.![endif]>![if> 13. Seule la recourante a maintenu son recours et sa cause a été disjointe (A/1158/2006).![endif]>![if> En substance, la recourante a fait valoir qu'elle en avait « plus qu'assez de ces incessantes augmentations de primes déjà plus que salées ». Entre 2005 et 2009, sa prime était passée de CHF 384,80 à CHF 447,60. Au surplus, faisant partie de ceux qui s'efforçaient de vivre sainement, ne faisant que peu appel à des médecins, elle avait toujours beaucoup trop payé. Finalement, assurée auprès d'un autre assureur depuis 2010, sa prime était restée stable jusqu'en 2014. 14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger le 5 juin 2014, sans nouvel échange d'écriture.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).![endif]>![if> Depuis le 1 er janvier 2011, cette compétence est revenue à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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).![endif]>![if> 3. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.![endif]>![if> 4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA par analogie).![endif]>![if> 5. Le litige porte sur la fixation de la prime de l'assurance-maladie obligatoire des soins pour l'année 2006.![endif]>![if> 6. a. Conformément à l'art. 60 LAMal, dans sa teneur dès le 1er janvier 2005, l'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des 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 présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins (al. 2). Les assureurs tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins. L'exercice comptable correspond à l'année civile. Les montants des primes et des prestations relatives aux cas de maladie et d'accidents sont indiqués séparément (al. 3). Les assureurs établissent pour chaque exercice un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels. Le Conseil fédéral détermine les cas dans lesquels un compte de groupe doit également être établi (al. 4). Le rapport de gestion est établi conformément aux règles du code des obligations relatives aux sociétés anonymes et aux dispositions de la présente loi (al. 5). Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution, notamment sur la tenue de la

comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, le rapport de gestion, la constitution des réserves et les placements des capitaux. Il règle les modalités selon lesquelles le rapport de gestion est publié ou rendu accessible au public (al. 6). b. En vertu de l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (al. 1). L'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'office délimite les régions uniformément pour tous les assureurs (al. 2). Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoire 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). c. Les dispositions de l'OAMal (art. 78 et ss) détaillent les obligations des assureurs (équilibre des charges et des produits, comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale, provision pour cas d'assurance non liquidés, approbation de l'OFSP des primes, etc.). 7. a. Le Tribunal fédéral a relevé qu'en vertu des articles 76 al. 1 LPGA et 21 al. 1 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de surveiller la mise en œuvre de l'assurance-maladie, lequel a délégué l'ensemble des tâches de surveillance à l'OFSP (ATF 130 V 196 consid. 5.2). La surveillance de la pratique des assureurs est construite autour de trois piliers distincts: la surveillance rétrospective des comptes d'exploitation, bilans et rapports de gestion des assureurs pour l'année écoulée; la surveillance immédiate par le biais des audits et expertises au siège des assureurs et de la surveillance juridique; et la surveillance prospective lors de la procédure d'approbation des primes et du contrôle des produits d'assurance (ATF 135 V 39 consid. 3). b. Un assuré touché par une décision prise en application d'un tarif des primes de l'AOS dans une situation concrète peut exiger du juge qu'il en contrôle la légalité (ATF 131 V 66 consid. 4). Le juge ne saurait toutefois entrer en matière sur les critiques d'ordre général qu'un assuré adresse à l'encontre de sa prime d'assurance ou du système de l'assurance-maladie sociale. Il incombe à ce dernier d'expliquer en quoi la clause tarifaire contestée viole le droit fédéral, étant précisé que le pouvoir d'examen du juge des assurances ne s'étend qu'à la question de savoir si ladite clause a été établie en conformité avec les dispositions légales relatives au financement et à la fixation du montant des primes. De fait, la jurisprudence a, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, accordé au juge un pouvoir d'examen étendu par rapport à ce qui existe dans d'autres branches d'assurance (ATF 131 V 66 consid. 5.2), tel que par exemple dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 135 V 39 consid. 4.3). c. Les primes reposent pour l'essentiel sur des hypothèses et des prévisions dont l'OFSP doit vérifier la plausibilité. Compte tenu des nombreux facteurs d'incertitude qui influent sur le montant de la prime, l'OFSP intervient uniquement en cas d'écarts importants et visibles par rapport aux prévisions de tous les assureurs. Etant donné l'autonomie des assureurs dans la fixation des primes ainsi que la liberté d'appréciation étendue de l'OFSP dans l'approbation des tarifs des primes et du Conseil fédéral en tant qu'autorité de recours interne à l'administration, il ne convient 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 (ATF 135 V 39 consid. 4.4 ; ATF 131 V 66 consid. 5.2.2). Dans le cadre du contrôle de la légalité de la clause en question, il doit bien plutôt examiner si celle-ci est conforme au système de la répartition des dépenses (art. 60 al. 1 LAMal) et au principe du financement autonome de l'AOS (art. 60 al. 2 et 3 LAMal). En

particulier, il lui incombe de vérifier les exigences des art. 81 al. 1 et 84 OAMal. Appelé dans un cas particulier à se prononcer sur la légalité d'une position d'un tarif des primes de l'assurance-maladie obligatoire, le juge des assurances sociales devra faire appel à des spécialistes des organes de fixation et d'approbation des tarifs de primes (ATF 131 V 66 consid. 5.3). d. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Il convient de faire une exception au principe général de la vraisemblance prépondérante, applicable en assurances sociales, en matière d'examen de la légalité des primes de l'AOS. En exigeant que les tarifs des primes de l'AOS 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 6.2). e. Au vu de la présomption d'adéquation des primes de l'AOS, il n'appartient pas à l'assurance de démontrer que la clause tarifaire approuvée par l'OFSP est conforme au droit, mais bien à l'assuré d'établir, au degré de preuve requis en la matière, les circonstances qui permettent d'admettre que les dispositions légales en matière de financement et de fixation de primes ont été violées et, partant, justifient de revenir sur la décision d'approbation de l'OFSP (ATF 135 V 39 consid. 7.4.1). Compte tenu de l'aspect forcément conjectural des primes d'assurance et de la réserve dont le juge doit faire preuve lorsqu'il est amené à examiner concrètement la légalité d'une clause tarifaire, la validité d'une prime ne saurait être remise en question que si l'irrégularité constatée présente un degré de gravité certain et laisse clairement apparaître que le droit applicable n'a pas été respecté. De plus, l'intervention du juge ne se justifie que s'il est établi qu'il en résultera une modification sensible du montant de la prime due. Le calcul d'une clause tarifaire étant une question complexe et difficile qui relève principalement de la science actuarielle et de la technique comptable, le juge ne saurait toutefois se livrer personnellement à des calculs compliqués et aléatoires pour fixer le montant conforme d'une prime d'assurance, mais doit s'en remettre, le cas échéant, à l'opinion de spécialistes en la matière (ATF 135 V 39 consid. 6.3). 8. Après avoir ordonné une expertise comptable de l'assurance dans le cadre de la cause A/3_____/2007, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a rejeté le recours de l'assuré qui contestait le montant de sa prime en 2007, le rapport d'expertise permettant à la Cour de statuer sur la légalité de l'augmentation de la prime (ATAS/918/2013).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que 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. En outre, dans le cadre de la procédure opposant l'assurance à un assuré concernant l'augmentation des primes pour l'année 2001 (ATF 135 V 39), le Tribunal fédéral a relevé que, dans un rapport d'audit du 18 octobre 2006, l'OFSP avait 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. Dans le cadre de la cause opposant ce même assuré à l'assurance pour la prime 2007 (ATAS/918/2013), la Chambre des assurances sociales a, sur la base de l'expertise comptable ordonnée, jugé que rien ne permettait d'affirmer que la cotisation de l'assureur au groupe auquel il appartenait n'était pas justifiée et que les frais administratifs payés dépassaient toute mesure raisonnable au point de ne pas être compatibles avec le principe de l'économicité, de sorte que le recourant n'avait pas réussi à apporter la preuve de l'inadéquation du montant des primes.

10. En l'occurrence, la recourante ne fait valoir aucun grief précis contre la fixation de sa prime en 2006, ni contre l'arrêt précité, qui permettrait de s'en écarter dans son cas et de retenir que la hausse de la prime serait injustifiée. Elle se borne à se plaindre de l'augmentation constante de sa prime de 2005 à 2009, alors que celle-ci est restée stable – auprès d'un autre assureur - de 2010 à 2014. Pourtant, la suspension de l'ensemble des causes pendantes pour la fixation de la prime 2006 avait précisément pour but de leur appliquer le résultat de la procédure A/3 _____/2007, ce que la grande majorité des recourants a compris, y compris l'avocat les ayant représentés, puisque les recours ont été retirés. Au surplus, l'assurée n'expose pas en quoi la hausse de la prime pour l'année 2006 serait moins adéquate et légale que celle de 2007, examinée après expertise.

Dès lors que la recourante n'établit pas à satisfaction de droit la non-conformité au droit fédéral de la prime litigieuse, la chambre de céans ne peut que rejeter son recours et confirmer l'augmentation de sa prime 2006.

11. Le recours est dès lors rejeté et la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. 2. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le