RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/62/2003-ASSU **ATA/622/2006**

ARRÊT

DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

du 21 novembre 2006

2ème section

dans la cause

Monsieur B_____

contre

CAISSE-MALADIE 57

EN FAIT

1. Monsieur B_____ est affilié auprès de l'association Caisse-maladie 57 (ci-après : la caisse), de siège à Berne au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

2. Par lettre du 12 janvier 2003, remise au greffe du Tribunal administratif le surlendemain, M. B_____ s'est adressé de la manière suivante au tribunal "…passer de CHF 248.25 à une hausse de près de 30% est inacceptable, alors que la moyenne suisse se situe entre 8 et 11 %. Il va s'en dire que la prime pour janvier 2003 restera impayée jusqu'à votre nouveau BVR corrigé en fonction de la réalité".

   A cette lettre étaient encore jointes des attestations d'assurance établies respectivement les 14 décembre 2001 et 13 décembre 2002. S'agissant de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, il ressort des documents déposés que la prime due par l'assuré était passée de CHF 285,80 à CHF 350,80 par mois.

   M. B_____ a encore déposé une lettre qui lui avait été envoyée le 1er novembre 2002 par le service des assurances maladie et selon laquelle il avait droit à un subside mensuel d'un montant de CHF 60.- pour l'année 2003.

3. Les 13 février et 11 avril 2003, M. B_____ a requis la suspension de la cause.

4. Par décisions des 19 mai 2003 et 24 mai 2004, le Tribunal administratif a suspendu la cause.

5. Le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) ayant rendu, le 1er février 2005, un arrêt K 45/03 fixant les principes applicables aux contestations en matière de cotisations perçues au titre de la LAMal, publié ultérieurement dans la collection officielle (ATF 131 V 66), le tribunal a ordonné le 21 avril 2005 la reprise de l'instruction.

6. Le 31 mai 2005, la caisse a déposé sa réponse. L'office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), dont les compétences ont été ultérieurement reprises par l'office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP) avait approuvé les primes de la caisse-maladie 57 en date du 30 septembre 2002. Les comptes annuels 2000, 2001 et 2002 avaient été approuvés par l'organe de révision. La répartition des frais administratifs résultait des formulaires EF1 et EF2. Pendant les années 2000 à 2002, l'administration de la caisse était prise en charge par le syndicat de l'industrie, de la construction et des services (ci-après : STMH). Le syndicat était indemnisé pour les tâches assumées par un pourcentage

fixe des primes en matière d'indemnité journalière et par un montant en francs par assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins.

La caisse conclut à ce que le tribunal "protège" son tarif 2003.

7. Par lettre du 8 août 2005, le Tribunal administratif a requis la caisse de déposer une attestation de l'organe de révision munie de signatures originales et de lui indiquer le nom du réviseur responsable ainsi que de le délier de son secret professionnel.

8. Le 9 septembre 2005, la caisse a délié son réviseur du secret professionnel et a déposé l'attestation exigée.

Il ressort de ce document que l'organe de révision avait procédé à un contrôle supplémentaire de la répartition des coûts administratifs pendant la période 2000-2002 et pouvait confirmer les points suivants :

a. Les coûts administratifs entre l'assurance obligatoire des soins et celle facultative d'indemnités journalières étaient répartis sur la base de tarifs négociés avec l'organe externe, soit la FTMH, responsable de la gestion des coûts effectifs. Pour les trois années considérées, les coûts administratifs s'élevaient respectivement à CHF 154,02, CHF 149,90 et CHF 120.- par assuré ;

b. Ces coûts avaient été comptabilisés et transférés par le biais d'un compte courant intitulé "FTMH". Ils correspondaient à ceux figurant dans le tableau récapitulatif de répartition des coûts administratifs ;

c. Les coûts administratifs annuels étaient déterminés lors du processus de l'établissement du budget au début de chaque année ; le réviseur pouvait confirmer qu'ils étaient intégralement et correctement comptabilisés pendant la période considérée.

9. Le 18 juillet 2006, le tribunal de céans s'est adressé au recourant. Ce dernier avait déjà reçu le 21 avril 2005 l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances sociales (ci-après : le TFA) en date du 1er février 2005. A titre d'information complémentaire, un arrêt rendu le 7 février 2006 par le Tribunal administratif (ATA/25/2006) et un autre rendu le 2 mai de la même année par le Tribunal cantonal des assurances sociales (ATAS/403/2006) lui étaient encore transmis. Compte tenu des renseignements fournis par la caisse ainsi que de l'attestation déposée par l'organe de contrôle, le recourant était invité à indiquer au tribunal s'il entendait maintenir ou non son recours. Son attention était attirée sur l'article 61 lettre a de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.01).

Cette lettre recommandée n'a pas été honorée d'une réponse, ni retournée au tribunal de céans.

Le 16 novembre 2006, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003. Selon l'article 82 LPGA, les dispositions matérielles de la présente loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur. Les dispositions de procédure contenues dans la LPGA sont similaires à celles de l'ancien droit, de sorte que la question de savoir lesquelles sont applicables est sans pertinence quant à l'issue du litige (cf. par analogie ATF 130 V 318 consid. 5.1 p. 319 et ATA/76/2006 du 7 février 2006).

2. En l'espèce, la décision comportant le montant de la prime réclamée pour l'année 2003 a été notifiée au recourant au mois de décembre 2002. Il convient d'admettre ainsi que la créance litigieuse a été fixée avant l'entrée en vigueur de la LPGA.

3. Interjeté en temps utile devant la juridiction cantonale alors compétente, le recours est recevable de ce point de vue en application des articles 86 alinéa premier et 3 aLAMal (dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002) ainsi que 56 alinéa premier lettre a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ - E 2 05 dans sa teneur jusqu'au 31 juillet 2002).

4. Le recourant n'a pas démontré qu'il avait procédé tout d'abord par la voie de l'opposition avant de s'adresser au tribunal de céans. L'intimée ne conclut pas à l'irrecevabilité du recours, faute d'épuisement de la voie précitée. Même si les parties sont ainsi restées muettes sur le respect des dispositions de procédure contenues dans la LAMal, il convient de laisser indécise la question de la recevabilité du recours, celui-ci devant être rejeté.

5. Selon l'article 60 LAMal et la jurisprudence du tribunal de céans (ATA/75/2006 du 7 février 2006 et les arrêts cités), l'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses : les assureurs constituent une réserve suffisante afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme par un financement autonome. Ils doivent présenter séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à cette assurance. Ils doivent tenir également un compte d'exploitation distinct, le Conseil fédéral édictant les dispositions nécessaires notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, de même que la constitution des réserves et le placement des capitaux. Selon la jurisprudence arrêtée par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 131 V 66 consid. 53 p. 76, précité), le juge des assurances sociales doit examiner si la clause tarifaire litigieuse est conforme au système de la répartition des dépenses et

au principe du financement autonome selon l'article 60 LAMal. Il lui incombe également de vérifier si le tarif contesté repose, en ce qui concerne les charges et le produit, sur une comptabilité distincte pour l'assurance maladie sociale et, dans ce cadre, sur une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'article 62 LAMal et pour l'assurance d'indemnité journalière au sens de l'article 81 alinéa 1er de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), étant précisé que les frais d'administration doivent également être répartis entre l'assurance obligatoire des soins, l'assurance d'indemnité journalière et les branches complémentaires voire d'autres branches d'assurance (art. 84 OAMal).

En l'espèce, la caisse intimée a déposé une attestation de l'organe de contrôle de même que les formulaires EF1, EF2 et EF3 fournis aux assureurs par l'OFAS, alors chargé de leur surveillance, accompagnés d'une copie du rapport annuel de l'organe de révision proposant l'approbation des comptes.

Aucun élément de fait, ni aucune information contenue dans les formulaires officiels soumis à l'examen du Tribunal administratif ne permettent de douter de l'exactitude des pièces déposées ainsi que de l'attestation écrite fournie par l'organe de révision. Il n'y a dès lors pas lieu de procéder à d'autres actes d'instruction.

Mal fondé, le recours est rejeté

6. A teneur de l'article 61 lettre a LPGA, les frais de la procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire.

En l'espèce, la solution à laquelle est parvenue le tribunal de céans est fondée notamment sur sa jurisprudence antérieure (ATA/76/2006; ATA/75/2006 et ATA/74/2006, tous du 7 février 2006). Le recourant a été dûment invité à prendre connaissance de l'un des arrêts précités ainsi que d'un autre, rendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 2 mai 2006 (ATAS/403/2006). Compte tenu des autres informations écrites qui lui ont également été transmises, comme une copie du rapport de l'organe de révision à l'attention du tribunal et un tirage de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 1er février 2005, il était en mesure d'apprécier l'issue probable du litige, compte tenu de l'état du droit et de la jurisprudence. En ne retirant pas son recours, il a donc agi avec témérité. Il convient de mettre à sa charge un émolument d'un montant de CHF 100.-, car il succombe.

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF

rejette le recours interjeté le 14 janvier 2003 par Monsieur B_____ contre la décision de la Caisse-maladie 57 du 1er janvier 2001 en tant qu'il est recevable ;

met à la charge du recourant un émolument CHF 100.- ;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne ;

communique le présent arrêt à Monsieur B_____, ainsi qu'à la Caisse-maladie 57 et à l'Office fédéral de la santé publique.

Siégeants : Mme Bovy, présidente, MM. Paychère et Thélin, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste :	la vice-présidente :
C. Del Gaudio-Siegrist	L. Bovy

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :