RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/792/2005 **ATAS/738/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 16 août 2006

En la cause

Madame G_____, domiciliée THONEX, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés	recourante

contre

SUPRA CAISSE MALADIE ET ACCIDENTS, sise chemin de Primerose 35, case postale, 1000 LAUSANNE 3 COUR	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente

Madame Karine STECK et Monsieur MATHEY-DORET Marc, juges.

EN FAIT

1. Madame G_____ est affiliée depuis le 1er janvier 1988 auprès de la SUPRA Caisse-maladie et accidents (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. Sa prime s'élevait à 446 fr. par mois en 2004, risque accidents inclus, avec une franchise annuelle de 600 fr.

2. Par courrier du 20 octobre 2004, la caisse a communiqué à l'assurée le montant de la prime dès le 1er janvier 2005, à savoir 452 fr. 70 par mois, avec une franchise de 500 fr. Compte tenu du subside octroyé ainsi que du rabais pour paiement trimestriel, la prime nette facturée est de 370 fr. 45.

3. Le 28 novembre 2004, l'assurée a contesté l'augmentation de sa prime d'assurance-maladie.

4. Par décision formelle du 28 décembre 2004, la caisse a confirmé à l'assurée l'augmentation de sa prime dès le 1er janvier 2005, rappelant que les tarifs 2005 avaient été approuvés par l'Office fédéral de la santé publique (ci-après OFSP) le 27 septembre 2004.

5. Représentée par ASSUAS, association suisse des assurés, l'assurée a formé opposition le 24 janvier 2005.

6. Par décision du 21 février 2005, la caisse a rejeté l'opposition, au motif que la prime mensuelle brute de 452 fr. 70 est celle du tarif applicable dans le canton de Genève, dûment approuvé par l'OFSP, catégorie d'âge "adultes 26+", pour l'assurance obligatoire des soins, assortie d'une franchise à option annuelle de 500 fr., risque accidents inclus.

7. L'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours le 24 mars 2005. Elle sollicite du Tribunal de céans qu'il contrôle la légalité de l'augmentation de sa prime d'assurance-maladie, qu'elle considère comme injustifiée. Elle conclut à la tenue de débats publics, à la productions des plans comptables des années 1998 à 2001, 2003 et 2004 ainsi que des rapports de révision y relatifs à l'audition de l'organe de révision, ainsi qu'à la commination d'un expert.

8. Le 11 avril 2005, le mandataire de l'assurée a adressé au Tribunal de céans une version corrigée de son recours du 24 mars 2005.

9. La caisse, dans sa réponse du 8 juillet 2005, relève que pour ce qui concerne la tenue des comptes, elle s'est entièrement conformée aux instructions de l'autorité de surveillance (soit le Plan comptable et instructions pour l'établissement des comptes des assureurs LAMal et de leur réassureurs, valables dès le 1er janvier 1999), à laquelle elle adresse chaque année un formulaire dit EF 4 qui atteste de la vérification des comptes par l'organe de révision. La caisse, qui a produit diverses

pièces, soutient que l'augmentation des primes d'assurance-maladie pour l'année 2005 est entièrement conforme au droit et qu'elle a été approuvée par l'OFSP. Elle s'oppose au surplus à la désignation d'un expert, le juge des assurances sociales n'ayant pas à procéder lui-même à un examen détaillé des données financières et conclut au rejet du recours.

10. Dans ses écritures du 5 août 2005, l'assurée relève que les organes dirigeants de la fondation SUPRA et de SUPRA Assurances SA sont les mêmes, et que les formulaires EF4, dont elle n'a pas eu connaissance, ne constituent que des attestations de l'organe de révision à l'attention de l'OFSP. Elle a requis l'accès aux pièces nos 10 à 12 produites par la caisse et persisté dans ses conclusions.

11. Le Tribunal a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 1er février 2006. La caisse a accepté que l'assurée puisse consulter les pièces nos 10 à 12 de son chargé et l'assurée s'est engagée à ne pas en lever des copies, ni à en divulguer le contenu à des tiers. L'assurée a relevé que dans le cadre d'une procédure pendante devant le tribunal des assurances du canton de Vaud, la caisse avait admis avoir perdu plus de 80 millions de francs en 2001 et 13 millions en 2002. Elle a allégué aussi qu'en 2002 et 2003, la caisse ne disposait plus de réserves légales, lesquelles ont du être reconstituées. Elle a mis en doute l'indépendance économique de l'organe de révision, dès lors qu'il fonctionne en tant que réviseur pour de nombreuses assurances-maladie, de même que pour SUPRA SA. La caisse a exposé que dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, elle a l'obligation de reconstituer les réserves légales et qu'au surplus, les placements à risques sont interdits.

12. Par ordonnance du 17 février 2006, le Tribunal de céans a autorisé l'assurée à consulter les pièces nos 10 à 12 produites par la caisse, tout en lui faisant interdiction d'en lever copie et d'en divulguer le contenu à des tiers, sous peine des mesures prévues par l'art. 292 du code pénal.

13. L'assurée ne s'est pas déterminée dans le délai qui lui a été imparti.

14. Le 28 juin 2006, le Tribunal a procédé à l'audition de Monsieur A_____, expert-comptable de l'organe de révision, X_____SA. Le témoin a confirmé que la caisse tient depuis 1995 en tout cas une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire des soins, de même que pour les formes particulières d'assurances, les indemnités journalières et les frais d'administration. Il a précisé que l'assurance obligatoire des soins est gérée par SUPRA alors que les assurances complémentaires le sont par SUPRA Assurances SA, qui est une société distincte : le splitting a été fait en accord avec l'OFSP et l'OFAP, dès la création de la SUPRA Assurances SA, afin que les réserves de l'assurance de base soient conservées dans l'assurance obligatoire des soins et que les réserves qui appartenaient aux assurances complémentaires soient transférées dans l'assurance complémentaire.

15. Invitée à se déterminer, la caisse a persisté dans ses conclusions. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

4. La recourante conteste l'augmentation de sa prime d'assurance-maladie pour l'année 2005, alléguant qu'elle ne serait pas justifiée.

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 réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantie 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 loi fédérale 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 (al. 5). 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).

6. Dans son 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. ATFA 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 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.

7. En l'occurrence, le Tribunal de céans a autorisé la recourante à prendre connaissance de l'ensemble des pièces produites par l'intimée, avec la restriction qu'elle n'a pu lever copies des pièces nos 10 à 12 du chargé de la caisse et qu'elle était tenue de ne pas en divulguer le contenu à des tiers. Il a également procédé à l'audition, à titre de témoin, d'un représentant de l'organe de révision de l'intimée; ce dernier a confirmé que la caisse tenait une comptabilité distincte pour toutes les branches d'assurance qu'elle pratiquait, pour les indemnités journalières ainsi que pour les frais d'administration. Il a précisé que l'assurance obligatoire des soins est gérée par SUPRA, alors que les assurances complémentaires sont gérées par SUPRA Assurances SA, qui est une société distincte, et que le splitting a été fait fait en accord avec l'OFSP et l'OFAP.

   Le Tribunal de céans constate que les déclarations du témoin sont corroborées par les nombreuses pièces versées au dossier par la caisse, notamment par les rapports de l'organe de révision des années 2001 à 2004. Conformément aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, ces éléments permettent 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.

S'agissant de l'indépendance de l'organe de révision, il sied de rappeler qu'elle est présumée de par la loi. Les arguments avancés par la recourante à cet égard sont irrelevants, de sorte que sa requête d'instruction supplémentaire sous forme de la désignation d'un expert sera rejetée.

Le Tribunal constate ainsi, dans le cadre restreint de son pouvoir d'examen, que les comptes de l'intimée apparaissent conformes aux exigences légales.

Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A 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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La Présidente :

Walid BEN AMER — Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le