

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4470/2018

ATAS/1068/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1978, et Monsieur B_____, son père, né le _____ 1944, sont tous deux assurés auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assureur) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (LAMal). L'assuré est au bénéfice d'une couverture prévoyant une franchise de CHF 300.-. Sa prime s'élevait à CHF 577.-, y compris CHF 40.30 pour le risque accidents, pour l'année 2017.
2. Le 4 octobre 2017, l'assureur a adressé à l'assuré le certificat d'assurance 2018 et l'a informé que sa prime LAMal 2018 serait de CHF 630.40 par mois, y compris CHF 44.10 pour le risque accidents.
3. Par courrier du 26 janvier 2018, le père de l'assuré, précisant qu'il payait les cotisations de ce dernier depuis des années, s'est étonné de l'augmentation du montant de la prime, laquelle représentait CHF 129.05 par mois, et ne correspondait pas à l'augmentation du coût de la vie. Il relève également que cette augmentation ne lui a pas été notifiée, de sorte qu'il considère qu'il n'est pas lié par ce changement. Il ajoute qu'il est évidemment disposé à payer la prime de CHF 501.35 et prie l'assureur de lui faire parvenir les bulletins de versements appropriés.

Il demande également la notification d'une décision formelle.

4. Le 7 février 2018, l'assureur a expliqué que le montant des primes devait être adapté à l'évolution des coûts de la santé, d'une part, et à la nécessité de reconstituer les réserves de l'assurance, d'autre part, étant rappelé à cet égard que ces réserves avaient été entamées suite aux exercices 2015 et 2016 qui avaient été déficitaires.
5. Le 27 février 2018, le père de l'assuré a notamment fait valoir qu'il n'avait pas été informé du changement de prime et que l'assureur ne se déterminait pas sur ce point dans son courrier du 7 février 2018.
6. Le 20 mars 2018, l'assureur a rappelé qu'il adressait chaque année dans le courant du mois d'octobre un certificat d'assurance sur lequel figurait la prime de l'année suivante.
7. Par décision du 16 juillet 2018 notifiée à l'assuré, l'assureur a confirmé le montant de la prime 2018. Il rappelle que la prime moyenne (couverture AOS maladie et accidents et franchise de CHF 300.- pour Genève) s'élève à CHF 583.-, de sorte que cette prime 2018 est conforme à la catégorie d'âge et à la région dans laquelle l'assuré est domicilié. Il précise également que « notre caisse-maladie a respecté la procédure de calcul et de soumission des primes à l'OFSP » et que ce dernier les a dûment contrôlées et approuvées par décision du 26 septembre 2017.
8. L'assuré a interjeté recours le 10 août 2018 auprès de la chambre de céans contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à la jonction de la présente cause avec la cause A/1936/2018 LAMAL, et au rétablissement de l'effet suspensif, et,

principalement, à ce qu'il soit dit que la cotisation due pour l'année 2018 est de CHF 501.35 par mois.

9. Par arrêt du 21 août 2018, la chambre de céans a pris acte qu'une décision avait été rendue par l'assureur le 16 juillet 2018, et a déclaré sans objet le recours pour déni de justice du 5 juin 2018 (cause A/1936/2018 ; ATAS/704/2018).
10. Dans sa réponse du 29 août 2018, l'assureur, constatant qu'aucune décision sur opposition n'avait encore été rendue, a conclu à l'irrecevabilité du recours.
11. Par courrier du 3 septembre 2018, l'assuré a déclaré retirer son recours du 10 août 2018.
12. Par arrêt du 18 septembre 2018 (ATAS/814/2018), la chambre de céans en a pris acte et rayé la cause du rôle.
13. Par décision du 22 novembre 2018 notifiée à l'assuré, l'assureur a rejeté l'opposition du 10 août 2018 et confirmé que la prime 2018, approuvée par l'OFSP, était applicable.
14. L'assuré a interjeté recours le 19 décembre 2018 contre ladite décision. Il persiste à considérer qu'il n'est pas lié par l'augmentation de la prime 2018, et que, partant, la prime due est égale à celle valable en 2017. Il conteste avoir été informé, comme le prétend l'assureur, le 4 octobre 2017.

Il indique s'être finalement acquitté du montant de CHF 5'331.20, soit la totalité des prétentions de l'assureur le 17 décembre 2018, et demande à ce que la somme de CHF 2'323.20, représentant les montants qu'il considère avoir payés à tort, soit

- Primes	CHF 1'459.80
- Frais administratifs	CHF 490.-
- Frais de poursuite	CHF 146.60
- Intérêts	CHF 65.10
- Décompte de participation	CHF 161.70

lui soit restituée.

15. Dans sa réponse du 24 janvier 2019, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il précise que

« Afin de pouvoir changer d'assureur-maladie pour 2019, le recourant a soldé ses arriérés, sans reconnaissance aucune jusqu'à droit connu sur la présente procédure (pièces n° 19 et 20).

Par courrier du 23 novembre 2018, la procédure concernant la poursuite des primes 2018 a été suspendue jusqu'à droit connu sur la présente procédure (pièce n°21).

Par courriers du 18 janvier 2019, l'assureur a annulé les poursuites n° _____ et _____ (pièces n° 19 et 20) ».

16. À la demande du père de l'assuré, une audience de plaidoiries s'est tenue le 14 mai 2019.
17. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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.

3. Aux termes de l'art. 59 LPGA,
« Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir ».
4. En l'espèce, tant le père que l'assuré ont recouru contre la décision sur opposition du 22 novembre 2018. Or, ladite décision a été notifiée à l'assuré.

La question de savoir si le père de l'assuré est également touché par la décision litigieuse peut être laissée ouverte, la qualité pour recourir de l'assuré ne pouvant qu'être admise.

5. Le litige porte sur le droit de l'assureur de fixer à CHF 630.40 le montant de la prime LAMal pour 2018, risque accidents y compris.
6. 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).
7. a. Conformément à l'art. 60 LAMal, 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.).

8. 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'écart importants et visibles par rapport aux prévisions de tous les assureurs. Étant 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).

9. 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'espèce, il n'est pas contesté que l'OFSP a approuvé les augmentations de primes de l'assureur pour l'année 2018 (cf. décision du 26 septembre 2017). L'adéquation du montant des primes est dès lors présumée, de sorte que c'est à l'assuré d'établir, au degré de preuve requis en la matière, que 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.

L'assuré ne fait toutefois valoir aucun grief précis contre la fixation de la prime de l'assuré en 2018 qui permettrait de s'en écarter dans son cas et de retenir que la hausse de la prime serait injustifiée.

11. a. L'assuré considère qu'il n'est pas lié par l'augmentation de la prime LAMal 2018, au motif que cette augmentation ne lui a pas été notifiée.

Or, l'assureur a dûment adressé à l'assuré le certificat d'assurance 2018 le 4 octobre 2017, et l'a informé ainsi que sa prime LAMal 2018 serait de CHF 630.40 par mois, y compris CHF 44.10 pour le risque accidents.

b. Il rappelle qu'il a conclu avec l'assureur un contrat, et que dans ce cas, un accord des deux parties est nécessaire.

Il y a lieu de rappeler à cet égard que selon l'art. 61 LAMal, c'est l'assureur qui fixe le montant des primes à payer par ses assurés, sous réserve de l'approbation de l'OFSP, étant précisé qu'en cas d'augmentation de primes, les assurés peuvent changer d'assureur (art. 7 al. 2 LAMal).

c. Il convient enfin de rappeler que les frais de rappel et de mise en demeure sont prévus par l'art. 105b al. 2 OAMal, aux termes duquel lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré.

Selon les dispositions des Conditions générales (CGA) selon la LAMAL de l'assureur, l'assuré paie ses primes à l'avance. Les primes, les franchises ou les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée. Passé ce délai, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites.

L'assuré ne s'est en l'espèce pas acquitté des primes litigieuses dues malgré rappels et sommations, de sorte qu'il a occasionné fautivement les frais administratifs.

Il est indéniable que les retards de paiement ont contraint l'assureur à déployer une activité de rappel, de sommation, puis de recouvrement. La chambre de céans a déjà eu l'occasion de juger que les frais réclamés (frais de rappel et de sommation de CHF 30.- et frais d'ouverture de dossier de CHF 120.-) se trouvaient en adéquation et dans un rapport raisonnable avec les prestations qu'il avait dû fournir, en

l'occurrence la préparation et l'envoi de sommations et l'ouverture du dossier de poursuite (ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017 ; ATAS/910/2019).

Quant aux intérêts moratoires de 5%, ils sont expressément prévus par les art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal.

d. Il y a lieu, au vu de ce qui précède, de rejeter tant le recours s'agissant de l'augmentation de la prime LAMal 2018, que la demande de restitution de la somme de CHF 2'323.20.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À 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 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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