

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/924/2011

ATAS/601/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 mai 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

AVENIR ASSURANCES, Service juridique, sise Rue des Cèdres
MARTIGNY

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est assuré auprès de Avenir assurances (ci-après l'assurance ou l'intimée) depuis l'année 2001.
2. Avenir assurances est membre du Groupe mutuel, association d'assureurs, dont le siège est à la rue des Cèdres 5 à Martigny.
3. Selon le certificat d'assurance 2008, la prime mensuelle de l'assuré pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après l'AOS) a été fixée à CHF 338,50, soit une légère diminution de la prime par rapport à celle de 2007, fixée à CHF 346,80. L'assurance a confirmé le montant de la prime par décision sur opposition et le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011) a constaté que le recours était sans objet, en tant qu'il était recevable, par arrêt du 7 octobre 2008.
4.
 - a. Selon le certificat d'assurance 2009, la prime mensuelle de l'assuré pour l'AOS était de CHF 326,40. Suite à la contestation de l'assuré, l'assurance a confirmé le montant de la prime par décision du 28 novembre 2008, confirmée par décision sur opposition du 5 février 2009, contre laquelle l'assuré a formé recours (procédure A/779/2009).
 - b. L'assurance a répondu le 1^{er} mai 2009 et a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.
 - c. Par arrêt incident du 26 mai 2009, l'instance a été suspendue en application de l'art. 14 LPA jusqu'à droit connu dans la procédure A/1915/2007, dans le cadre de laquelle une expertise comptable avait été ordonnée.
5.
 - a. Selon le certificat d'assurance 2010, la prime mensuelle de l'assuré pour l'AOS était de CHF 339,80. Suite à la contestation de l'assuré, l'assurance a confirmé le montant de la prime par décision du 23 novembre 2009, confirmée par décision sur opposition du 8 janvier 2010. L'assurance a transmis à la chambre de céans la contestation de l'assuré du 19 janvier 2010 comme objet de sa compétence (A/324/2010).
 - b. L'assurance a déposé sa réponse le 8 mars 2010. Elle a conclu au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité.
 - c. L'instance a été suspendue par arrêt incident du 16 mars 2010, en application de l'art. 14 LPA, jusqu'à droit connu dans la procédure A/1915/2007.
6. Selon le certificat d'assurance 2011, la prime mensuelle de l'assuré pour l'AOS était de CHF 344,30. Suite à la contestation de l'assuré, l'assurance a confirmé le montant de la prime par décision du 21 décembre 2010, et l'opposition a été déclarée irrecevable par décision du 3 mars 2011, contre laquelle l'assuré a formé recours le 28 mars 2011, objet de la présente procédure.

L'assurance ne l'avait pas personnellement entendu. Elle devait faire de l'ordre dans ses dossiers. Il souffrait toujours de séquelles insupportables

7. L'assurance a conclu le 27 avril 2011 au rejet du recours.
8. Par arrêt incident du 7 juin 2011, l'instance a été suspendue en application de l'art. 14 LPA, jusqu'à droit connu dans la procédure A/1915/2007.
9. L'Office fédéral de la santé publique (ci-après l'OFSP) a approuvé les primes 2009, 2010 et 2011 par courriers des 29 septembre 2008, 29 septembre 2009 et 29 septembre 2010.
10. L'assuré a au surplus saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales puis la Chambre de la Cour de justice de plusieurs demandes, recours et autres réclamations contre l'assurance et contre d'autres assureurs. Bien que les recours intentés soient manifestement mal fondés, si ce n'est irrecevables, le Tribunal a dans un premier temps entendu l'assuré et concilié les parties dans un but d'apaisement (A/391/2007 et A/3524/2008). Les autres recours ont abouti à des déclarations d'incompétence et des rejets (A/2340/2005, A/1257/2007, A/10/2008 et A/1195/2009).
11. L'assuré a encore déposé les 21 novembre 2009, 2 février 2010 et 12 juillet 2013 des actions dirigées contre l'assurance, faisant valoir des souffrances négligées, se plaignant de ce que ses nombreuses doléances contre les assurances n'étaient pas examinées.
12. Par arrêt du 30 juin 2010 (ATAS/721/2010), la chambre de céans a dit que si le recourant devait introduire, dans le futur, de nouvelles procédures se révélant irrecevables ou manifestement infondées, il sera condamné à une amende.
13. Par arrêt du 15 octobre 2013 (ATAS/1003/2013), elle a déclaré le recours irrecevable et condamné le recourant à une amende de CHF 500.-, pour usage téméraire des procédures.
14. Par arrêt du 19 septembre 2013, dans la cause A/1915/2007 (ATAS/918/2013), la chambre des assurances sociales, statuant en plénum, a rejeté le recours formé contre un assuré contre la hausse de sa prime pour l'AOS en 2007 auprès de Mutuel assurance, également membre du Groupe mutuel, après avoir ordonné une expertise comptable portant sur les comptes de Mutuel, en particulier sur la répartition des frais administratifs entre les diverses sociétés du Groupe mutuel, sur le pourcentage des frais administratifs, la cotisation versée par chaque assureur au Groupe mutuel, l'affectation de cette cotisation. Cet arrêt est définitif et exécutoire.
15. Par ordonnances du 14 mars 2014, la chambre de céans a repris les procédures A/779/2009, A/324/2010 et A/924/2011, communiqué aux parties l'ATAS/918/2013 rendu dans la cause A/1915/2007 et fixé un délai à l'assuré pour indiquer s'il maintenait ses recours.
16. Par pli du 31 mars 2014, l'assuré a indiqué que la Cour n'avait jamais répondu à ses questions et s'est demandé si son dossier avait été envoyé aux experts. Pour le surplus, le travail de la Cour était « incomplet et illégal », l'assurance devait produire des documents clairs et accessibles, l'OFSP n'avait que des moyens

réduits de vérifier la légalité des primes, le recours à des experts était illusoire. En conclusion, l'assuré exigeait que la Cour « retravaille son travail partiel » et rejette « son travail complètement stupidement sans explication donnée en se rendant ridicule par les experts, l'assureur, et surtout la mafia dirigée par des SS ».

17. La cause a été gardée à juger, sans nouvel échange d'écritures.

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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend 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).

La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. La question de la recevabilité du recours sera laissée ouverte.
4. Le litige porte sur la recevabilité de l'opposition.
5. a. Aux termes de l'art. 52 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (al. 1^{er}). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2). La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens (al. 3).
- b. L'art. 10 al. 1^{er} de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée.

L'art. 10 al. 2 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) dispose que doit être formée par écrit l'opposition contre une décision sujette à opposition, conformément à l'art. 52 LPGa, et qui a pour objet une prestation ou la restitution d'une prestation fondées sur la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage (let. a), ou prise par un organe d'exécution en matière de sécurité au travail au sens des art. 47 à 51 de l'ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents (let. b). Dans les autres cas, l'opposition peut être formée au choix par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (art. 10 al. 3 OPGA).

L'art. 10 al. 4 OPGA prévoit en outre que l'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal.

Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1^{er} ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5).

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 Mutuel dans le cadre de la cause A/1915/2007, 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, après avoir reçu un courrier incompréhensible le 14 janvier 2011 suite à la notification de la décision du 21 décembre 2010, l'assurance a imparti un délai à l'assuré pour motiver son opposition et prendre des conclusions conformément à la loi. Or, force est de constater que l'écrit du 10 février 2011 ne remplit pas les exigences de recevabilité. L'assuré persiste à demander une entrevue, à ce que son dossier soit traité par le directeur général, à ce que l'assurance respecte la transparence et la loi et conclut "qu'il est impossible de suspendre vos petites affaires". C'est donc à juste titre que l'assurance a déclaré l'opposition irrecevable, ce qui implique que le recours est mal fondé et doit être rejeté, sous réserve de sa propre recevabilité.
10. Au surplus, si l'opposition avait été recevable, elle aurait été rejetée. Il n'est pas contesté que l'OFSP a approuvé les augmentations de primes de l'intimé pour l'année 2011, ce qui a pour conséquence que l'adéquation du montant des primes est présumée. En outre, dans le cadre de la procédure opposant Mutuel 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 Mutuel 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.

Or, en l'occurrence, le recourant ne fait valoir aucun grief intelligible ni contre la fixation de sa prime, 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. Il se borne à exiger que la Chambre des assurances sociales recommence l'exercice, alors que la suspension de l'ensemble des causes pendantes contre les diverses assurances du groupe Mutuel avait précisément pour but de leur appliquer le résultat de la procédure A/1915/2007. Au surplus, les récriminations générales de l'assuré contre les assureurs et ses griefs concernant la prise en charge de certains frais de maladie sont soit sans pertinence, soit ont déjà été jugés dans le cadre de l'une des nombreuses procédures qu'il a intentées.

Dès lors que le recourant n'établit pas à satisfaction de droit la non-conformité au droit fédéral de la prime litigieuse, la Chambre de céans aurait de toute façon dû rejeter son recours, si l'opposition avait été recevable, et confirmer l'augmentation de sa prime 2011.

11. Le recours est donc rejeté.

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

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure de sa recevabilité.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Irène PONCET

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