

BGer 9C_46/2024 vom 31. Oktober 2024

Bundesgericht, 2024-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_46_2024

FR: TF 9C_46/2024 du 31 octobre 2024

IT: TF 9C_46/2024 del 31 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1

En tant que les recourants demandent que des intérêts rémunérateurs au sens des art. 90a OAMal et 7 OPGA leur soient versés depuis le 1er juillet 2016, mais au plus tard depuis le 1er janvier 2018, bien qu'ils concluent formellement à l'attribution d'intérêts à compter du 1er janvier 2019 comme ils l'avaient fait devant la cour cantonale, il s'agit d'une conclusion nouvelle au sens de l' art. 99 al. 2 LTF . Elle est donc irrecevable. Le grief correspondant ne sera pas examiné.

E. 2

Le recours en matière de droit public (au sens des art. 82 ss LTF) peut être formé pour violation du droit (circonscrit par les art. 95 et 96 LTF). Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'est limité ni par l'argumentation de la partie recourante ni par la motivation de l'autorité précédente. Il statue sur la base des faits établis par cette dernière (art. 105 al. 1 LTF). Cependant, il peut rectifier les faits ou les compléter d'office s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant ne peut critiquer les faits que s'ils ont été constatés de façon manifestement inexacte ou contraire au droit et si la correction d'un tel vice peut influencer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF).

E. 3

Le litige porte sur le montant du dommage subi par les recourants en raison de l'impossibilité de changer de caisse-maladie provoquée par le comportement fautif de l'assureur intimé pour la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2022. Eu égard aux arguments soulevés dans le recours, il s'agit principalement d'examiner si le tribunal cantonal a à tort nié l'existence d'un lien de causalité entre le comportement fautif de l'assureur intimé et l'impossibilité de changer d'assureur-maladie après le 31 décembre 2017, s'il s'est fondé sur un modèle d'assurance erroné pour établir le montant des primes dont les assurés auraient dû s'acquitter s'ils avaient pu changer d'assurance, s'il a indûment nié leur droit à une indemnité pour tort moral et s'il aurait dû prendre en considération l'intégralité de leurs frais de défense.

E. 4

L'arrêt attaqué expose les normes et la jurisprudence nécessaires à la résolution du cas, plus particulièrement celles relatives au changement d'assureur (art. 7 LAMal) en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 64a LAMal) ou de retard de paiement (art. 105l OAMal) et à la réparation du dommage résultant de l'impossibilité de changer d'assureur du fait de l'ancien assureur (art. 7 al. 6 LAMal ; cf. arrêt 9C_203/2021 du 2 février 2022 consid. 7.2). Il cite en outre la jurisprudence portant sur le niveau de vraisemblance qu'un fait doit atteindre pour être considéré comme établi (ATF 144 V 427

consid. 3.2) et l'appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1). Il expose encore les dispositions légales et la jurisprudence concernant le principe de la bonne foi en relation avec la transmission de renseignements erronés (ATF 131 II 627 consid. 6), le droit à une réparation morale en relation avec une atteinte à la personnalité (art. 49 CO et 78 LPG) et les frais de défense en tant que poste du dommage en matière de responsabilité civile (ATF 131 II 121 consid. 2.1; arrêt 4A_346/2023 du 13 juin 2024 consid. 5.1.3). Il suffit d'y renvoyer.

E. 5.1.1

La juridiction cantonale a d'abord considéré sur la base de l'arrêt 9C_203/2021 cité que le fait pour l'assureur intimé de ne pas avoir chiffré, puis communiqué aux recourants, le montant des arriérés dus avant le 2 juin 2015 constituait une violation du devoir d'information engendrant une obligation de réparation du dommage pour l'année 2015, mais pas pour les années ultérieures puisque les assurés étaient tenus de payer leurs primes même si la caisse-maladie intimée les avait empêchés fautivement de changer d'assureur au 1er janvier 2015. Elle a encore retenu que la responsabilité de l'assureur intimé en ce qui concernait l'impossibilité de changer de caisse-maladie et le dommage en résultant restait toutefois engagée jusqu'au 31 décembre 2017 dans la mesure où des courriers équivoques de ce dernier avaient, jusque dans le courant de l'année 2017, entretenu les assurés dans l'illusion que la résiliation de leurs contrats pourrait être acceptée avec effet rétroactif au 31 décembre 2014.

E. 5.1.2

Les recourants reprochent à l'autorité précédente d'avoir nié l'existence du lien de causalité entre le comportement de la caisse intimée et l'impossibilité de changer d'assureur au-delà du 31 décembre 2017. Ils évoquent la succession des événements depuis le refus du nouvel assureur d'accepter leur affiliation rétroactive au 1er janvier 2015 (courrier d'Assura à la caisse-maladie intimée du 18 avril 2017) jusqu'au prononcé de l'arrêt 9C_203/2021 le 2 février 2022. Ils prétendent en substance que, dans la mesure où l'assureur intimé n'avait pas modifié son comportement jusqu'à ce que le Tribunal fédéral confirme en 2022 que ce comportement (qu'ils qualifient de fautif, empreint de mauvaise foi et d'un manque de transparence) avait rendu impossible tout changement d'assureur, il n'y avait pas de raison de limiter la période d'indemnisation au 31 décembre 2017; il convenait au contraire de l'étendre jusqu'au 31 décembre 2022. Ils soutiennent en outre n'avoir jamais reçu le courrier d'Assura du 18 avril 2017.

E. 5.1.3

L'argumentation des assurés est infondée. Comme l'ont dûment indiqué les premiers juges, la conséquence légale de l'impossibilité de changer d'assureur du fait de l'ancien assureur ne consiste pas en une reconnaissance du changement d'assureur avec effet rétroactif, mais en l'obligation de l'ancien assureur de verser des dommages-intérêts conformément aux principes généraux du droit de la responsabilité civile. Elle suppose ainsi un acte ou une omission illicite, un dommage, un lien de causalité entre l'acte ou l'omission d'une part et le dommage d'autre part, ainsi qu'une faute (cf. art. 41 CO en lien avec l' art. 7 al. 6 LAMal ; ATF 130 V 448 consid. 5.2). Or, en l'occurrence, la juridiction cantonale a considéré que le fait pour la caisse-maladie intimée de ne pas avoir chiffré le montant des arriérés de primes avant le 2 juin 2015 constituait une violation de son obligation d'informer qui avait empêché les recourants de changer d'assureur et leur avait causé un dommage dû notamment à la

différence entre les primes qu'ils auraient payées à Assura et celles qu'ils ont payées à l'assureur intimé en 2015. Elle a relevé que ce dernier avait du reste admis ce poste du dommage. Elle a en outre retenu que le fait pour la caisse-maladie intimée d'avoir laissé entendre aux assurés dans ses courriers des 2 juin 2015 et 15 mars 2017 que leurs contrats pourraient sous conditions particulières être résiliés de manière rétroactive au 31 décembre 2014 constituait une violation du principe de la bonne foi en lien avec la communication d'informations erronées, qui avait empêché les recourants de changer d'assureur et prolongé la période au cours de laquelle ils avaient subi un dommage jusqu'au mois de mai 2017.

On relèvera toutefois que, contrairement à ce que les recourants soutiennent, ils ne pouvaient plus dès le mois de mai 2017 se prévaloir d'un comportement fautif de la part de la caisse-maladie intimée ni de la communication de la part de celle-ci de renseignements erronés justifiant l'impossibilité de changer d'assureur et la persistance d'un dommage au-delà du 31 décembre 2017. En effet, par courrier du 18 avril 2017, Assura avait clairement indiqué qu'elle avait annulé les contrats initialement conclus avec les assurés conformément à la loi (compte tenu de l'annonce de l'assureur intimé du 9 janvier 2015 relative au maintien de l'affiliation) et qu'elle n'entendait pas accéder à une demande d'affiliation rétroactive mais restait à disposition des assurés pour leur adresser une offre d'affiliation valable dès le 1er janvier 2018. Ce courrier avait été adressé au recourant qui gérait aussi les affaires de son épouse. Ces différents éléments avaient également été communiqués directement au mandataire (à l'époque) des assurés par courrier de l'assureur intimé du 15 mai 2017, qui évoquait expressément le maintien de l'affiliation. Dans ces circonstances, les premiers juges n'ont pas fait preuve d'arbitraire ni violé le droit fédéral en excluant l'existence d'un dommage causé par un comportement fautif de la caisse-maladie intimée au-delà du 31 décembre 2017 et, partant, une obligation de le réparer.

E. 5.2.1

La juridiction cantonale a ensuite examiné les différents postes du dommage. S'agissant en particulier de la différence de primes, elle a constaté que, pour 2015, celles-ci se sont élevées mensuellement auprès de l'assureur intimé à 434 fr. 60 pour le recourant et à 404 fr. 20 pour la recourante et se seraient élevées, selon les polices conclues initialement auprès d'Assura, à 269 fr. 30 pour chacun d'eux. Elle a dès lors considéré que le dommage en résultant était de 1'983 fr. 60 pour l'assuré et de 1'618 fr. 80 pour l'assurée. Elle a en outre arrêté le montant des primes pour les années 2016 et 2017 sur la base des mêmes modèles d'assurance choisis par les recourants auprès d'Assura et conclus avec l'assureur intimé. Elle a fixé la différence des primes correspondante pour chiffrer le dommage total qui en résultait à 4'108 fr. 80 pour le recourant et à 3'564 fr. pour la recourante. Elle a précisé qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte le montant correspondant à la redistribution de la taxe environnementale à la population dans le calcul du dommage, dans la mesure où celle-ci était identique quelle que soit la caisse-maladie, ni des subsides octroyés, dès lors que ceux-ci ne dépendaient pas du montant de la prime. Elle a ajouté qu'il n'y avait pas davantage lieu de se référer au modèle d'assurance plus avantageux "médecin de famille" à partir de 2016, au motif qu'il ne s'agissait que d'une éventualité insuffisante pour être considérée comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle a toutefois admis l'absence de couverture du risque accident pour l'assurée en 2017.

E. 5.2.2

Les recourants contestent uniquement les montants retenus par le tribunal cantonal au titre des primes qu'ils auraient payées s'ils avaient pu changer d'assureur. Ils soutiennent en substance que, vu leur situation financière, rien ne démontre que les montants à prendre en compte seraient ceux figurant dans le contrat d'assurance conclu avec Assura, ni qu'ils n'auraient pas cherché à minimiser leurs coûts en renonçant à couvrir le risque accident dès 2015, comme l'art. 9 LAMal en lien avec l'art. 8 al. 1 LAMal le leur permettait, et en optant pour le modèle "médecin de famille" dès 2016.

E. 5.2.3

Cette argumentation n'est pas fondée. On rappellera que les premiers juges ont fixé le montant des primes 2015 en fonction de la police d'assurance conclue avec Assura. Or une police d'assurance est un certificat qui atteste le contrat passé entre l'assuré et sa caisse-maladie. Contrairement à ce qu'allèguent les assurés, il ne s'agit pas seulement d'un document démontrant la continuité de la couverture d'assurance obligatoire mais d'un véritable contrat décrivant précisément les conditions auxquelles la couverture d'assurance est accordée ou reprise. Il n'était dès lors pas arbitraire de la part de la juridiction cantonale de reprendre le montant des primes indiqué dans les polices d'assurance signées par les recourants. On précisera que si l'art. 8 al. 1 LAMal permet à l'assuré de demander la suspension de la couverture du risque accident, cette suspension n'est qu'une possibilité et ne découle pas automatiquement de l'existence d'une couverture d'assurance au sens de la LAA. Elle est conditionnée notamment par une demande dont le dépôt éventuel en 2015 ou plus tard n'a en l'occurrence pas été rendu vraisemblable. Une situation financière précaire ne suffit pas davantage à établir qu'une telle demande aurait été immanquablement déposée par les recourants. Le fait que la juridiction cantonale a admis que l'assurée aurait présenté une telle demande en 2017 en raison de la circonstance particulière d'une reprise d'une activité professionnelle cette année-là et qu'elle n'a pas pris en considération une telle éventualité pour le recourant dès 2015 n'apparaît pas arbitraire. Celui-ci était en effet déjà actif en 2015 et avait alors opté pour le modèle d'assurance pris en compte dans le calcul du dommage. On ajoutera par ailleurs que les considérations développées par les assurés à propos du choix du modèle "médecin de famille" dès 2016 ne sont que des éventualités qui, comme le tribunal cantonal l'a retenu à bon droit, n'ont pas été rendues suffisamment vraisemblables et qui, au demeurant, peuvent dépendre d'autres circonstances qu'une situation financière précaire.

E. 5.3.1

Les premiers juges ont encore examiné si les recourants avaient droit à une indemnité pour tort moral au sens de l'art. 49 CO que ceux-ci réclamaient en raison du stress, de la honte, du dépit et du désespoir ressentis face à la multiplication des poursuites et aux difficultés à éclaircir leur situation suscités par le comportement contraire au droit de l'assureur intimé. Ils ont laissé ouverte la question de savoir si le droit à une indemnité pour tort moral, constitutive du dommage dans le cadre général de l'art. 78 LPGA, existait également dans le cadre plus spécifique de l'art. 7 al. 6 LAMal. En effet, d'après eux, le comportement illicite et fautif de la caisse intimée n'était pas de nature à léser les assurés dans leurs droits de la personnalité mais seulement dans leurs intérêts pécuniaires, quand bien même ce comportement avait entraîné des difficultés et des souffrances réelles pour ceux-ci.

E. 5.3.2

Les recourants font grief au tribunal cantonal d'avoir fait montre d'arbitraire en reconnaissant que le comportement fautif de l'assureur intimé avait entraîné chez eux des difficultés et des souffrances réelles mais en rejetant leur droit à une réparation morale au motif qu'ils n'auraient été atteints que dans leurs intérêts patrimoniaux et pas dans leurs droits de la personnalité. Ils soutiennent que ce raisonnement est contradictoire, d'autant plus que les premiers juges n'ont pas donné suite à leur offre de preuve sur ce point.

E. 5.3.3

Cette argumentation n'est pas fondée. En effet, l'allocation d'une indemnité pour tort moral fondée sur l'art. 49 al. 1 CO suppose que l'atteinte présente une certaine gravité objective et qu'elle ait été ressentie par la victime comme une souffrance morale suffisamment forte pour qu'il apparaisse légitime qu'une personne dans ces circonstances s'adresse au juge pour obtenir réparation (cf. p. ex. arrêt 6B_1196/2022 du 26 janvier 2023 consid. 2.2 et les références). Pour admettre le droit à une indemnité pour tort moral, il faut donc que l'atteinte subie soit exceptionnelle aux yeux de tiers et pas seulement ressentie comme tel par la personne concernée (cf. p. ex. arrêt 8C_539/2015 du 13 novembre 2015 consid. 2.2). Or le fait d'être poursuivi en raison du non paiement de primes de l'assurance-maladie obligatoire ne saurait objectivement constituer une grave atteinte à la personnalité des recourants. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant l'intensité de la douleur ressentie par ceux-ci. On ne saurait dès lors valablement reprocher aux premiers juges d'avoir violé le droit fédéral ou fait preuve d'arbitraire en niant le droit des recourants à une indemnité pour tort moral.

E. 5.4.1

La juridiction cantonale a aussi retenu que les frais engagés par les assurés pour leur défense constituaient un poste du dommage. Elle a cependant précisé que seuls les frais et honoraires de mandataires professionnels dont l'activité avait en l'occurrence eu pour but d'obtenir le changement d'assureur au 1er janvier 2015, puis la réparation du dommage causé par l'empêchement de changer d'assureur pouvaient être pris en compte, à l'exclusion des frais et honoraires afférents aux questions liées au refus de payer les primes d'assurance-maladie et aux poursuites en découlant. Elle a constaté que le solde des "frais juridiques nécessaires" (non couverts par les indemnités de dépens allouées par le tribunal cantonal et le Tribunal fédéral) allégué par les recourants s'élevaient à 14'036 fr. 10 pour le mandataire actuel et à 940 fr. pour les anciens mandataires. À l'issue d'un examen des faits, elle a estimé que seuls la moitié du montant facturé par le nouveau mandataire et le montant facturé par les anciens mandataires étaient en lien avec la question du changement d'assureur, ce qui correspondait en outre à la clé de répartition adoptée par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9C_203/2021 cité. Elle a dès lors arrêté le montant de ce poste du dommage à 3'979 fr. pour chacun des recourants.

E. 5.4.2

Les recourants semblent faire grief à la juridiction cantonale d'avoir divisé par deux le montant des honoraires que pouvait encore prétendre leur nouveau mandataire dans la mesure où elle avait limité la période d'indemnisation au 31 décembre 2017. Ils soutiennent en substance que, comme leur recours démontre la persistance du lien de causalité entre le comportement de l'assureur intimé et le dommage jusqu'au 31 décembre 2022, il n'y avait pas de raison de diviser par deux le montant des honoraires. Ils prétendent en outre que l'examen des notes de frais produites en première instance établit que seul un montant

anecdotique correspond aux frais relatifs aux démarches entreprises dans le cadre de poursuites.

E. 5.4.3

Cette argumentation est mal fondée. Contrairement à ce que les assurés allèguent, les frais et honoraires pris en compte par le tribunal cantonal au titre du dommage couvrent les activités déployées par leur conseil actuel en lien avec le changement d'assureur et le dommage causé par l'empêchement de changer d'assureur jusqu'au 12 décembre 2022 (cf. consid. 8.4.4 de l'arrêt attaqué, p. 36). Ils ont été divisés en deux par rapport au montant total réclamé (et répartis par moitié sur chacun des recourants) au motif que seule la moitié de ce montant devait être considérée comme "pertinent[e], justifié[e], nécessaires et adéquat[e]". La prise en compte seulement de la moitié du montant réclamé n'a donc rien à voir avec la durée de la période d'indemnisation. On ajoutera que, comme l'a relevé la juridiction cantonale, on ne peut pas aisément distinguer dans les notes de frais et d'honoraires produites pour quel type d'activité déployée des honoraires ont été réclamés. Ainsi, les intitulés "entretien (téléphonique) avec le client", "étude du dossier", "lettre à.../reçue et lue", "e-mail à.../reçu et lu", etc. ne permettent pas de déterminer si les démarches facturées sont plutôt liées à l'impossibilité de changer d'assureur qu'aux poursuites résultant du non paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas arbitraire pour le tribunal cantonal de n'avoir pris en compte que la moitié des honoraires facturés au titre de réparation du dommage. On précisera que, quoi qu'en disent les assurés, il leur appartenait de produire d'emblée des notes d'honoraires suffisamment détaillées pour en déduire la légitimité des montants qu'ils réclamaient, une audition a posteriori de leur conseil n'étant plus susceptible d'objectiver les motifs des activités déployées.

E. 5.5

Entièrement mal fondé, le recours doit donc être rejeté.

E. 6

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires doivent être mis à la charge des recourants (art. 66 al. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.