

GE_GERICHTE A/242/2023 vom 5. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_242_2023

FR: GE_GERICHTE A/242/2023 du 5 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/242/2023 del 5 dicembre 2023

Erwägungen

E. 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 connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAMal. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai – compte tenu des fêtes judiciaires – prévus par la loi, le recours contre les deux décisions sur opposition du 9 décembre 2022 - causes A/242/2023 et A/243/2023 - est recevable concernant ces points (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 3

E. 3.1

A titre liminaire, il convient d'examiner si les deux causes précitées doivent être jointes sous un unique numéro de cause, comme le sollicitent les recourants.

E. 3.2

En vertu de l'art. 70 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2). Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, ad art. 70 LPA, n. 894 et références jurisprudentielles citées).

E. 3.3

En l'occurrence, la question litigieuse première et principale est la même dans les deux causes, dont l'essentiel de l'état de fait est identique. Partant, la jonction des causes A/242/2023 et A/243/2023, sous le n° A/242/2023, se justifie.

E. 4

Aux termes de l'art. 49 LPGA – intitulé « décision » –, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4).

E. 5

E. 5.1

Comme indiqué dans les décisions sur opposition du 9 décembre 2022 querellées (p. 18 ch. 2 de celle concernant l'assuré et p. 17 ch. 2 de celle concernant l'assurée ; cf. aussi ch. 2 des parties en droit des réponses au recours), l'objet du présent litige, tel que fixé par ces décisions sur opposition comme par les décisions initiales du 17 mai 2022, est le calcul du dommage au sens de l'art. 7 al. 6 LAMal, du fait de l'empêchement des recourants de changer d'assureur-maladie de par le comportement illicite et fautif de l'intimée, à la suite du renvoi prononcé par l' ATAS/126/2021 précité et confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2021 précité.

E. 5.2

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1).

En découlent deux conséquences pour le présent litige.

E. 5.2.1

Premièrement, la période sur laquelle ledit litige porte s'étend en principe du 1^{er} janvier 2015 - date incontestée - au 31 décembre 2022, vu la date du 9 décembre 2022 pour le prononcé des décisions sur opposition précitées et étant précisé que les recourants n'ont pas changé d'assureur-maladie à tout le moins avant cette date. Contrairement à ce que soutient l'intimée, ni la chambre de céans ni le Tribunal fédéral n'ont limité la période à prendre en considération aux années 2014 et 2015. En effet, notamment, dans ledit ATAS/126/2021, la chambre des assurances sociales a décidé en particulier d'annuler les décisions sur opposition du 13 novembre 2019 et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle instruisse, d'une manière globale et approfondie, les conséquences financières (dommage) pour eux, en particulier la différence des primes qu'elle leur avait réclamées par rapport aux primes qui auraient été mises à leur charge par ASSURA, à compter du 1^{er} janvier 2015, puis rende une ou des nouvelles décisions (consid. 11).

En réalité, la caisse-maladie confond la période durant laquelle elle a violé son obligation d'information à l'égard des assurés - que la Haute Cour retient durant la période comprise entre fin 2014 et le 2 juin 2015 à tout le moins -, avec la période pendant laquelle le dommage au sens précité s'est manifesté et qui peut être plus longue que celle de la violation de l'obligation d'informer, durée qui fera l'objet de l'examen au fond ci-après (en particulier sous l'angle du lien de

causalité). Au demeurant, le Tribunal fédéral a considéré que cette violation de l'obligation d'information entre fin décembre 2014 et le 2 juin 2015 suffisait pour démontrer qu'en violant son obligation d'informer, l'autorité administrative avait rendu impossible le changement d'assureur en raison d'un comportement fautif de sa part (respectivement de ses collaborateurs) et était susceptible d'avoir causé aux assurés un dommage ; il n'a donc pas exclu l'existence d'autres violations par l'intimée de ses devoirs envers les recourants. À cet égard, comme relevé dans l' ATAS/126/2021 précité, ceux-ci n'ont, après le 31 décembre 2014, jamais renoncé à faire valoir la résiliation de leur assurance obligatoire de soins auprès de l'intimée, ni, lorsqu'il est apparu de manière définitive qu'un changement d'assureur au 1^{er} janvier 2015 n'était en tout état de cause plus possible, la différence de primes entre celles dues à la caisse-maladie depuis le 1^{er} janvier 2015 et celles qui auraient été payées à ASSURA (consid. 10)

E. 5.2.2

Secondement, les conclusions de recours des intéressés tendant à la constatation que la caisse-maladie continuait de les empêcher fautivement de changer d'assureur-maladie au-delà du 31 décembre 2022 et donc à la condamnation de la caisse-maladie à calculer et indemniser le dommage supplémentaire en découlant pour eux, subsidiairement au calcul d'office de ce dommage supplémentaire après interpellation des parties sur ce point, sont, compte tenu de la nature des postes de dommage ici en cause (notamment absence de préjudice futur précisément invoqué), irrecevables.![endif]>![if>

E. 5.3

L'objet du présent litige ne consistant que dans le calcul du dommage des recourants du fait de leur empêchement de changer d'assureur-maladie de par le comportement illicite et fautif de l'intimée, l'ajout dans les décisions – initiales – du 17 mai 2022 que celle-ci compensait entièrement les montants du dommage retenu, de CHF 1'983.60 pour l'assuré et de CHF 1'618.80 pour l'assurée, avec les « primes dues » au jour de leur prononcé, qu'elle chiffrait à CHF 29'172.55 concernant le premier et CHF 33'647.35 concernant la seconde selon des relevés joints (« liste des créances en suspens personne(s) assuré/e(s) en CHF »), pose problème.![endif]>![if> Selon la jurisprudence, un intérêt digne de protection à la constatation immédiate d'un rapport de droit litigieux au sens de l'art. 49 al. 2 LPGA n'existe que lorsque le requérant a un intérêt actuel, de droit ou de fait, à la constatation immédiate d'un droit, sans que s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations (ATF 142 V 2 consid. 1.1 ; ATF 132 V 257 consid. 1). Ainsi, d'une part, la décision en constatation est subsidiaire à la décision formatrice, de sorte que, lorsqu'une décision formatrice peut être rendue, une décision en constatation est exclue (Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 22 ad art. 49 LPGA). D'autre part, le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence de l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 142 V 2 consid. 1.1 et les arrêts cités ; Valérie DÉFAGO GAUDIN, op. cit., n. 23 ad art. 49 LPGA). Dans le cas présent, l'ajout dans les décisions – initiales – du 17 mai 2022 que la caisse-maladie compensait entièrement les montants du dommage retenu avec les primes dues au jour de leur prononcé, qu'elle chiffrait précisément, constitue une constatation, dans

la mesure où cet ajout s'écarte de l'objet du litige et apparaît comme secondaire. Or, par les nombreuses poursuites introduites contre les recourants et décisions de mainlevées, l'intimée a rendu des décisions assimilables à des décisions formatrices, c'est-à-dire constitutives de droits et d'obligations. En outre, la mention des primes dues dans les décisions du 17 mai 2022 ne répond en l'état actuel pas à un besoin d'aplanir une incertitude, mais est de nature à ajouter inutilement une complexité supplémentaire au présent litige. Cette conclusion s'impose d'autant plus que, selon les relevés joints aux dites décisions initiales (« liste des créances en suspens personne(s) assuré/e(s) en CHF »), les sommes totales fixées comme dues par chacun des époux ne consistaient pas seulement en des créances de primes LAMal – éléments en principe connus par les assurés et clairement déterminables –, mais aussi en des frais, des intérêts et des frais de poursuite. Ces éléments font, actuellement, l'objet prioritairement de poursuites et décisions de mainlevées, comme tel est le cas des sept décisions sur opposition rendues le 30 janvier 2023 par l'intimée et objet de l'arrêt prononcé ce jour qui joint les causes A/796/2023, A/797/2023, A/798/2023, A/799/2023, A/800/2023, A/801/2023 et A/802/2023 sous l'unique numéro de cause A/796/2023. Du reste, les parties n'ont, pour l'instant et d'un commun accord, pas cherché à ce que l'ensemble des montants dus de part et d'autre jusqu'à présent soient fixés dans des décisions de synthèse (au sens de l'art. 49 al. 2 LPGA). Au demeurant, dans ses décisions sur opposition querellées, l'intimée admet, à tout le moins implicitement, que les sommes qui lui sont dues par les recourants ne font pas partie de l'objet de ces décisions sur opposition. En effet, selon la caisse-maladie, « l'absence de paiements des nombreuses primes et quotes-parts dès fin 2014 à ce jour avec de nombreuses poursuites et actes de défaut de biens ne concernent pas la présente procédure (...) où seul est jugé le changement d'assurance de 2014 à 2015 ». Partant, les conditions de l'art. 49 al. 2 LPGA n'étant pas remplies dans les circonstances actuelles, toute éventuelle portée juridiquement contraignante doit être niée au sommes totales énoncées comme objets de compensation avec les dommages de chacun des époux, de CHF 29'172.55 concernant l'assurée et CHF 33'647.35 concernant l'assurée (les « primes dues » au jour des prononcés du 17 mai 2022). Tout au plus, les relevés annexés (« liste des créances en suspens personne(s) assuré/e(s) en CHF ») sur lesquels reposent ces sommes totales peuvent-ils avoir une éventuelle valeur indicative, dont il n'y a pas lieu de vérifier l'exactitude ici. Il s'ensuit que les conclusions de recours des époux assurés sont irrecevables en tant qu'elles incluent les questions de ce qu'ils doivent à la caisse-maladie et le solde après les déductions qu'ils invoquent en leur faveur, irrecevabilité qui inclut les postes de dommage intitulés « créances de primes payées à l'OP » et « frais et intérêts des poursuites au stade de l'opposition et celles ayant donné lieu à un [acte de défaut de biens] », allégués par les recourants. Enfin, il n'appartient à la chambre de céans de statuer, dans le présent arrêt, sur la manière dont les recourants se verront verser les montants de dommage (au sens de l'art. 7 al. 6 LAMal) qui leur seront reconnus ci-après. Un accord entre les parties à ce sujet apparaît au demeurant souhaitable.

E. 5.4

En résumé, seule doit être tranchée dans le présent arrêt la question de savoir si les montants du dommage reconnus par la caisse-maladie (CHF 1'983.60 pour l'assuré et CHF 1'618.80 pour l'assurée) sont conformes au droit et suffisants où si ces montants doivent être augmentés, la période litigieuse s'étendant en principe du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2022.!

E. 6

!

E. 6.1

Selon l'art. 4 LAMal – ayant pour titre « choix de l'assureur » –, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 26 septembre 2014 (loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal - RS 832.12). En vertu de l'art. 7 LAMal – intitulé « changement d'assureur » –, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office ou OFSP) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur (al. 3). L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 43 LSAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (al. 4 tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2016, la version antérieure se référant à l'art. 13 aLAMal [seule différence]). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6). À teneur de l'art. 64a LAMal – seule disposition légale figurant dans la section 3a « non-paiement des primes et des participations aux coûts » –, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (selon l'al. 2 ; al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes – dont le principe est réglé par l'art. 61 LAMal et qui doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal) –, les participations aux coûts – objet de l'art. 64 LAMal – et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton (al. 3). Le canton prend en charge 85% des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3 (al. 4). L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de

sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50% du montant versé par l'assuré (al. 5). En dérogation à l'art. 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4 LAMal est réservé (al. 6). Aux termes de l'art. 1051 – intitulé « changement d'assureur en cas de retard de paiement » –, l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1). Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai (al. 2). Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 LAMal. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les soixante jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (al. 3).

E. 6.2

Il convient, pour l'interprétation et l'application de l'art. 7 al. 6 LAMal, de se référer à l'arrêt du tribunal fédéral 9C_203/2021 précité consid. 7.2.1 et 7.2.2. Si l'ancien assureur est responsable de l'impossibilité de changer d'assureur, il doit réparer le dommage subi par l'assuré, en particulier compenser la différence de prime (cf. art. 7 al. 6 LAMal). Il s'agit d'une disposition légale spéciale relative à l'obligation de l'assureur-maladie de réparer le dommage conforme à la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (LRFC - RS 170.32; arrêt du Tribunal fédéral K 86/01 du 17 juillet 2003 consid. 4.1, non publié in ATF 129 V 394, mais in SVR 2004 KV n° 1 p. 1; cf. aussi ATF 139 V 127 consid. 3.2 et 5.1) et, en principe, à l'art. 78 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.2.1; Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung*, in *Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 3ème éd. 2016, n. 194). La conséquence légale de l'impossibilité de changer d'assureur du fait de l'ancien assureur n'est pas la reconnaissance rétroactive du changement d'assureur, mais le devoir de l'ancien assureur de verser des dommages-intérêts conformément aux principes généraux du droit de la responsabilité civile. Elle suppose donc 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; ATF 130 V 448 consid. 5.2). Selon l'art. 7 al. 6 LAMal, l'assureur répond du dommage qui est la conséquence d'un comportement fautif de ses collaborateurs, d'une organisation d'entreprise inadéquate ou d'un autre manquement relevant de sa responsabilité dans l'application de l'assurance obligatoire des soins. Tout dommage effectif et ayant un lien de causalité – naturel et – adéquat avec le comportement de l'assureur est déterminant pour l'évaluation de l'obligation de réparer. L'assureur fautif doit en particulier rembourser la différence par rapport à une prime plus basse du nouvel assureur (art. 7 al. 6 in fine LAMal; ATF 129 V 394 consid. 5.2 in fine; arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 cité consid. 5.2.2; Gebhard EUGSTER, *op. cit.*, n. 193).

E. 6.3

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 7

En l'espèce, dans le cadre de l'examen au fond du cas, est tout d'abord centrale la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'acte ou l'omission illicite de la caisse-maladie d'une part et le dommage d'autre part, ce quant au principe et non encore relativement à la composition (postes du dommage) et au montant dudit dommage.

E. 7.1

Le Tribunal fédéral ayant retenu qu'à tout le moins, en ne chiffrant pas le montant des arriérés des intéressés avant le 2 juin 2015, la caisse-maladie a violé son obligation d'informer, l'acte ou omission illicite et la faute de la part de celle-ci ainsi que le rapport de causalité sont désormais incontestés pour l'année 2015, seule année pour laquelle l'intimée a admis l'existence d'un dommage causé aux recourants.

E. 7.2

Demeurent litigieuses les questions de l'acte ou omission illicite ainsi que du lien de causalité pour les années 2016 à 2022.

E. 7.2.1

Il y a au préalable lieu de préciser ce qui suit. De l'ensemble du système de l'assurance obligatoire des soins découle l'obligation des assurés de payer les primes fixées par l'assureur-maladie (cf. notamment art. 61 LAMal). À cet égard, en l'occurrence, le Tribunal fédéral a rappelé que, dans la mesure où les intéressés sont restés affiliés à la caisse-maladie postérieurement au 31 décembre 2014, cette dernière avait l'obligation de percevoir des primes et, en cas de non-paiement, de procéder à leur recouvrement par voie de poursuites (art. 64a LAMal ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2021 précité consid. 6.2.2). Ainsi, aucune règle juridique ni circonstance particulière ne dispensaient les recourants de payer à l'intimée les primes fixées par cette dernière, quand bien même celle-ci les avait empêchés fautivement de changer d'assureur-maladie au 1^{er} janvier 2015. Partant, contrairement à ce qu'ils prétendent (cf. entre autres p. 3 de la réplique), les époux

intéressés n'étaient pas en droit de refuser (« délibérément ») de payer leurs primes dès 2015. En conséquence, une impossibilité pour les recourants de changer d'assureur-maladie à partir du 1^{er} janvier 2016, en tant qu'elle serait causée uniquement par le non-paiement de leurs primes dues à l'intimée, ne serait pas imputable à un acte ou omission illicite de la part de celle-ci. Une conclusion contraire ne saurait découler de l' ATAS/126/2021 précité.

E. 7.2.2

Dans ces conditions, une éventuelle responsabilité de l'intimée selon l'art. 7 al. 6 LAMal ne pourrait être engagée pour les années 2016 à 2022 que si celle-ci a objectivement et illicitement empêché les recourants de changer d'assureur-maladie au 1^{er} janvier de chacune de ces années ou si elle les a induits en erreur de manière à s'obliger elle-même conformément au principe de la bonne foi. Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6 ; ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les références citées). Une autorité ne peut toutefois pas valablement promettre le fait d'une autre autorité (arrêt du Tribunal fédéral K 7/04 du 27 janvier 2005 consid. 3.1).

E. 7.2.3

Dans le cas présent, dans sa lettre du 2 juin 2015, l'intimée s'est engagée à l'égard des recourants à accepter la résiliation rétroactive de leurs contrats LAMal au 31 décembre 2014 moyennant la transmission des attestations du nouvel assureur valables dès le 1^{er} janvier 2015 pour chacun des époux assurés ainsi que le paiement des arriérés de primes 2014 d'ici au 30 juin 2015, pour le montant de CHF 2'232.90 figurant dans l'extrait de compte et le bulletin de versement annexés. Les recourants ont versé cette somme dans le délai imparti. Or il apparaît que la caisse-maladie n'a rien entrepris en vue de respecter cet engagement avant l'entretien téléphonique du 13 mai 2016 rapporté dans une note établie en allemand le 17 mai 2016 par un de ses collaborateurs. Certes, les recourants n'ont, contrairement à ce que l'intimée leur avait également demandé le 2 juin 2015, pas présenté à celle-ci des attestations d'ASSURA relatives à leur affiliation auprès de cette dernière à compter du 1^{er} janvier 2015, l'assuré alléguant sur ce point avoir été « dans l'ignorance du courrier d'ASSURA du 3 février [2015] et croyant à tort que l'attestation de cette assurance qu'il avait produite auparavant restait valable » (lettre du conseil des

intéressés du 8 juin 2018, p. 2). Cependant, d'une part, il ne pouvait pas échapper à la caisse-maladie qu'ASSURA refuserait d'établir de telles attestations tant que l'intimée ne lui aurait pas confirmé son acceptation de la résiliation des intéressés avec effet rétroactif au 31 décembre 2014. D'autre part, entre le 13 mai et le 17 mai 2016, en particulier à la fin de l'échange de courriels, la caisse-maladie s'est à nouveau engagée à résilier rétroactivement l'assurance obligatoire des soins auprès d'elle au 31 décembre 2014, sans formuler de réserves par rapport aux polices d'ASSURA pour les deux époux dès le 1^{er} janvier 2015 que leur mandataire (l'ASSUAS) lui avait transmises par courriel du 13 mai 2016, ni exiger à nouveau des attestations d'affiliation récentes d'ASSURA. Les recourants pouvaient, de bonne foi, déduire de cette attitude de l'intimée que celle-ci allait, sans leur demander quoi que ce soit, résilier leur affiliation auprès d'elle au 31 décembre 2014 rétroactivement. Toutefois, ce n'est qu'à la suite du courrier du 9 mars 2017 du précédent conseil des époux que la caisse-maladie a, le 15 mars suivant, demandé à ASSURA, le nouvel assureur-maladie prévu, de réactiver les contrats des époux rétroactivement au 1^{er} janvier 2015. Le 18 avril 2017, ASSURA lui a répondu ne pas pouvoir revenir sur l'annulation du contrat de l'assuré auprès d'elle au 1^{er} janvier 2015 à la suite du courrier de la caisse-maladie du 9 janvier 2015 l'informant du maintien de l'affiliation des assurés en application de l'art. 64a LAMal, et donc ne pas entrer en matière pour une affiliation rétroactive, tout en étant à disposition de l'intéressé pour lui adresser une offre afin qu'il puisse la rejoindre au 1^{er} janvier 2018 ; ainsi, selon ASSURA, il incombait à la caisse-maladie de réactiver ou maintenir le contrat des recourants au 1^{er} janvier 2015. Vu cette réponse d'ASSURA, la caisse-maladie a, le 15 mai 2017, fait part au conseil des époux assurés de ce qu'en réponse à leur demande de résiliation rétroactive au 31 décembre 2014, elle maintenait leur affiliation auprès d'elle.

E. 7.2.4

Il découle de ces faits qu'entre juin 2015 et début mai 2017, l'intimée a expressément laissé croire aux recourants qu'elle allait résilier leur assurance obligatoire des soins auprès d'elle au 31 décembre 2014, ce qui était objectivement, sous l'angle en particulier du principe de la bonne foi, de nature à les conduire à penser que cette résiliation interviendrait même s'ils ne continuaient pas à régler les primes fixées par la caisse-maladie pour les années après 2014. Ce indépendamment de leur obligation – générale – de s'acquitter des primes fixées par la caisse-maladie, conformément à l'art. 61 LAMal, puisque les intéressés pouvaient à cette époque raisonnablement penser qu'une violation de leur part de cette obligation n'aurait pas pour conséquence de les empêcher de changer d'assureur-maladie. En revanche, entre fin mai et décembre 2017, les époux savaient non seulement que leur résiliation de leur affiliation à la caisse-maladie avec effet au 31 décembre 2014 rétroactivement avait échoué, mais aussi qu'un changement d'assureur-maladie au 1^{er} janvier 2018 était conditionné au respect de leur obligation de régler entièrement leurs dettes (primes) à l'égard de l'intimée de telle sorte qu'ils soient en mesure de résilier leur assurance LAMal auprès d'elle pour le 31 décembre 2017. Il est à cet égard rappelé qu'il n'a jamais pu échapper à leur connaissance que des primes étaient dues à leur assureur-maladie, que celui-ci soit l'intimée ou ASSURA, ce malgré des allégués, arguments et demandes contraires de leur conseil actuel. En conséquence, à partir du 1^{er} janvier 2018, un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'acte ou omission illicite de l'intimée et l'absence de changement d'assureur-maladie fait défaut.

E. 7.3

Les conditions de l'acte ou omission illicite et du lien de causalité étant donc réalisées pour les années 2015 à 2017, la responsabilité de l'intimée pour le dommage au sens de l'art. 7 al. 6 LAMal est engagée dans son principe pour ladite période (uniquement).!

E. 8

Il convient dès lors d'examiner un à un les différents postes du dommage que les recourants font valoir, ce pour les années 2015 à 2017.!

E. 8.1

Concernant la différence des primes d'ASSURA par rapport à celles de la caisse-maladie, il convient de constater et considérer ce qui suit.!

E. 8.1.1

L'intimée a, pour l'année 2015, établi et facturé ses propres primes mensuelles, pour le recourant, à CHF 434.60, en modèle BeneFit PLUS Telmed, franchise de CHF 300.- et avec accident, et, pour la recourante, à CHF 404.20, en modèle BeneFit PLUS Telmed, franchise de CHF 300.- et sans accident. Les montants de ces primes ne sont pas contestés par les époux intéressés.!

La caisse-maladie a retenu, pour le mari et l'épouse, les primes mensuelles de 2015 d'ASSURA correspondant à l'assurance « base standard », franchise de CHF 2'500.- et avec accident, soit CHF 269.30. Ce montant et ce modèle sont conformes aux polices conclues par les assurés avec ASSURA en décembre 2014 pour l'année 2015, et ne sont pas non plus contestés par les recourants au stade de leur recours. Partant, comme retenu par l'intimée, la différence de primes en 2015 concernant le mari se montait effectivement à CHF 1'983.60 ($[\text{CHF } 434.60 \times 12 = \text{CHF } 5'215.20] - [\text{CHF } 269.30 \times 12 = \text{CHF } 3'231.60]$), et celle concernant l'épouse à CHF 1'618.80 ($[\text{CHF } 404.20 \times 12 = \text{CHF } 4'850.40] - [\text{CHF } 269.30 \times 12 = \text{CHF } 3'231.60]$).

E. 8.1.2

S'agissant des années suivantes (2016 et 2017), les primes de la caisse-maladie ont été fixées pour les deux époux selon les mêmes modèle, franchise et risque qu'en 2015, et se sont élevées, pour l'assuré, en 2016 à CHF 483.60 et en 2017 à CHF 507.40, et, pour l'assurée, en 2016 à CHF 449.80 et en 2017 à CHF 471.90.!

Il sied de préciser ici ce qui suit. Ces montants de primes sont légèrement supérieurs à ceux concrètement facturés par la caisse-maladie, en raison du fait que ces derniers incluent la « [redistribution du] produit de la taxe environnementale (COV et CO2) à la population », de CHF 5.20 en 2016 et de CHF 5.65 en 2017, chaque personne domiciliée en Suisse recevant le même montant à ce titre via son assurance-maladie (cf. la page internet de l'Office fédéral de l'environnement [OFEV] intitulée « Redistribution de la taxe sur le CO2 » et les documents téléchargeables depuis cette page, dont celui du 15/16 août 2022 intitulé « Historique de la redistribution de la taxe sur le CO2 »). Cette redistribution du produit de la taxe environnementale ne saurait être prise en compte dans le calcul du dommage des assurés, dans la mesure où elle était identique que ce soit auprès de la caisse-maladie ou d'ASSURA. Ceci vaut aussi pour les subsides octroyés, étant donné que ceux-ci ne sont pas déterminés par l'autorité compétente sur la base des primes concrètement dues par les assurés mais en fonction de critères valables pour toute la population genevoise, en particulier le groupe considéré et « la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique [ci-après : OFSP], arrondi au franc supérieur » (cf. notamment art. 21 et 22 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05], les conditions pour une exception selon l'art. 11C al. 6 du règlement d'exécution de

la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 [RaLAMal - J 3 05.01] n'étant manifestement pas réalisées ici). Pour le reste, rien ne permet de supposer qu'en 2016 et 2017 à tout le moins, la question de la « redistribution réserves caisse » (cf. opposition du 16 juin 2022 et lettre du 14 septembre 2022 des intéressés) aurait eu une quelconque pertinence pour le calcul de la différence des primes LAMal, l'intimée indiquant du reste à ce sujet que de telles réserves n'auraient été prises en compte ni pour la prime d'ASSURA ni pour la sienne propre. Les recourants (cf. annexes à l'opposition du 16 juin 2022 et allégué 25 du recours ; aperçus des primes de l'assurance-maladie de base produits qu'ils produisent à l'appui de leur recours selon le site internet de l'OFSP « <https://www.priminfo.admin.ch/fr/praemien> ») soutiennent que, de 2016 à 2022 à tout le moins, ils auraient opté auprès d'ASSURA pour le modèle dit du « médecin de famille » afin d'économiser les coûts, avec une franchise de CHF 2'500.-, « avec couverture du risque accidents pour [l'épouse] pour 2015 et 2016 car elle était sans emploi, puis sans couverture de ce risque dès 2017, et sans couverture de ce risque pour [le mari] dès 2015 car il était déjà couvert en LAA à ce titre ». Certes, on ne saurait exclure que les époux assurés auraient le cas échéant changé de modèle et de conditions auprès d'ASSURA à partir de 2016, mais il ne s'agit là que d'une possibilité, insuffisante pour être considérée comme établie au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. En particulier, le motif invoqué par les intéressés à l'appui de cette allégation consiste en le besoin de faire des économies, ce qui n'est pas précis. On ne voit au demeurant pas pourquoi ils n'auraient, au regard d'un tel besoin, pas opté dès 2015 déjà pour le modèle dit du « médecin de famille » de même que pour l'absence de couverture du risque accident concernant le mari (quand bien même ce dernier a produit à l'appui du recours deux certificats de salaire montrant des revenus bruts de plus CHF 55'000.- en 2016), l'absence de couverture du risque accident pouvant néanmoins être admise en 2017 s'agissant de l'épouse, qui allègue avoir travaillé à partir de cette année-ci et dont les pièces produites montrent effectivement des certificats de salaire dès 2017 (pour un revenu brut de plus de CHF 40'000.- pour cette année-ci). Ainsi, et comme cela ressort de la page internet de l'OFSP « Archives des primes » (« <https://www.priminfo.admin.ch/fr/downloads/archiv> », tableaux « Primes - Assurance de base » pour le canton de Genève), les primes LAMal mensuelles auprès d'ASSURA se seraient élevées, pour le mari, à CHF 307.10 en 2016 et à CHF 341.50 en 2017, et, pour l'épouse, à CHF 307.10 en 2016 et à CHF 317.60 en 2017 (modèle « base standard, franchise de CHF 2'500.-, avec accident sauf en 2017 pour l'assurée). Il convient dès lors d'admettre les différences de primes suivantes en 2016 et 2017 : concernant le mari, CHF 4'108.80 au total ([CHF 483.60 x 12 = CHF 5'803.20] – [CHF 307.10 x 12 = CHF 3'685.20] en 2016 + ([CHF 507.40 x 12 = CHF 6'088.80] – [CHF 341.50 x 12 = CHF 4'098.-] en 2017) ; concernant l'épouse, CHF 3'564.- au total ([CHF 449.80 x 12 = CHF 5'397.60] – [CHF 307.10 x 12 = CHF 3'685.20] en 2016 + ([CHF 471.90 x 12 = CHF 5'662.80] – [CHF 317.60 x 12 = CHF 3'811.20] en 2017) ; somme totale pour les deux en 2016 et 2017 : CHF 7'672.80.

E. 8.2

Les « frais médicaux » de 2019 de la recourante, allégués dans le recours, ne sauraient en tout état de cause entrer en considération, dans la mesure où ils sont postérieurs à l'année 2017. Il en va de même des « frais COVID-19 » des deux époux, qui datent quant à eux de 2021. De surcroît, on ne voit pas ce qui empêchait les recourants d'adresser leurs factures d'ordre médical à la caisse-maladie, sachant depuis fin mai 2017 qu'ils devaient lui rester affiliés (cf. notamment art. 42 LAMal).

E. 8.3

Les recourant font par ailleurs valoir un tort moral, au sens de l'art. 49 CO et pour le montant de CHF 1'500.- pour chacun des époux, que l'intimée leur aurait causé « en raison de son refus illicite qu'ils changent de caisse, puis par son attitude ultérieure d'obstruction les obligeant à déployer une immense énergie afin que leurs droits soient reconnus ». Selon eux, l'attitude de la caisse-maladie aurait ainsi créé chez eux « un grand stress, de la honte face aux multiplications des poursuites dont ils ont fait l'objet, du dépit et du désespoir de pouvoir un jour tourner la page « [intimée] » », laquelle refuserait obstinément de les libérer, « prétextant encore dernièrement qu'ils resteraient ses débiteurs pour des montants dépassant tout entendement » (allégué 28 du recours).

E. 8.3.1

Dans le cadre de l'art. 78 LPGA (intitulé « responsabilité ») – qui ne paraît pas s'appliquer directement au présent litige vu son caractère subsidiaire par rapport à l'art. 7 al. 6 LAMal –, sont notamment constitutifs d'un dommage non seulement les prétentions d'assurance sociale prévues par la loi, mais également les autres postes du dommage tels que le préjudice ménager, une indemnité pour tort moral (à la condition qu'une faute ait été commise) et les prestations versées à tort à un assuré et non recouvrables (Alexis OVERNEY, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 34 ad art. 78 LPGA). La question de savoir si une indemnisation est également possible en application de l'art. 7 al. 6 LAMal – dans le cadre duquel la nature juridique de la responsabilité n'est pas entièrement clarifiée (Gebhard EUGSTER, op. cit., n. 194) – pourra demeurer indécise, pour les motifs qui suivent.

E. 8.3.2

Conformément à l'art. 49 CO – intitulé « atteinte à la personnalité » et faisant partie du « Chapitre II: Des obligations résultant d'actes illicites » (art. 41 à 61 CO) –, celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement (al. 1). Le juge peut substituer ou ajouter à l'allocation de cette indemnité un autre mode de réparation (al. 2). Outre notamment un tort moral, c'est-à-dire une souffrance physique ou psychique chez la victime, une réparation du tort moral selon l'art. 49 CO suppose comme condition une atteinte à un droit de la personnalité (Paul-Henri STEINAUER/Christiana FOUNTOULAKIS, Droit des personnes et de la protection de l'adulte, 2014, n. 608). Une telle atteinte est celle qui fait l'objet en particulier de l'art. 28 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210 ; « II. Contre des atteintes – 1. Principe »), en vertu duquel celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité peut agir en justice pour sa protection contre toute personne qui y participe (al. 1), une atteinte étant illicite, à moins qu'elle ne soit justifiée par le consentement de la victime, par un intérêt prépondérant privé ou public, ou par la loi (al. 2 ; cf. Paul-Henri STEINAUER/Christiana FOUNTOULAKIS, op. cit., n. 553 ss et 608). Il existe une classification des droits de la personnalité en fonction de l'objet de la protection, ce qui aboutit à trois catégories correspondant successivement aux personnalités physique (ceux qui échoient à la personne de par sa seule existence physique, sans égard à son appartenance familiale ou à son insertion dans la société), affective (notamment droit aux relations avec les proches) et sociale (le droit au nom, le droit à l'honneur, le droit au respect de la vie privée, le droit à l'image et à la voix, ainsi que le droit à la liberté économique ; cf. Nicolas JEANDIN, in Commentaire romand, CC I, 2010, n. 23 ss ad art. 28 CC). Les droits de la

personnalité ont un caractère extra-patrimonial en ce sens qu'ils n'ont, comme tels, aucune valeur pécuniaire. Une personne lésée uniquement dans ses intérêts pécuniaires ne peut donc pas fonder ses prétentions sur l'art. 28 CC (Paul-Henri STEINAUER/Christiana FOUNTOULAKIS, op. cit., n. 501).

E. 8.3.3

En l'occurrence, le comportement illicite et fautif de l'intimée, qui a consisté en des erreurs et omission de la part de ses collaborateurs, n'était pas de nature à léser les recourants dans des droits de la personnalité tels que précisés ci-dessus, mais seulement dans leurs intérêts pécuniaires (vu que les difficultés rencontrées portaient sur les primes LAMal dont les intéressés auraient voulu réduire les montants). Ce quand bien même ce comportement a entraîné des difficultés et souffrances réelles pour eux. Un éventuel droit des époux à une réparation morale est donc d'emblée exclu. Partant, par appréciation anticipée des preuves, il n'est pas nécessaire ou utile de donner suite à l'offre de preuves afférente à l'allégué 28 du recours (« par audition des recourants et par témoins, dont la liste sera fournie sur réquisition de la Cour »).

E. 8.4

Il reste à examiner si les « frais juridiques » allégués par les époux assurés comme nécessaires pour assurer leur défense constituent ou non un poste du dommage selon l'art. 7 al. 6 LAMal et, si oui, à concurrence de quel montant.

E. 8.4.1

Dans le cadre de la responsabilité civile, peuvent constituer un élément ou un poste du dommage les frais engagés par la victime pour la consultation d'un avocat, lorsque celle-ci était nécessaire et adéquate pour défendre la cause en justice - en particulier quand la victime agit en tant que partie civile dans la procédure pénale, contre l'auteur de l'infraction -, pour autant toutefois que ces frais n'aient pas été inclus dans les dépens (ATF 131 II 121 consid. 2.1 et les références citées). Ainsi, les frais d'avocat avant procès peuvent compter parmi les postes du dommage sujet à réparation, mais uniquement s'ils étaient justifiés, nécessaires et adéquats pour faire valoir la créance en dommages-intérêts, et seulement dans la mesure où ils ne sont pas couverts par les dépens (arrêts du Tribunal fédéral 4A_624/2021 du 8 avril 2022 consid. 6.2 ; 4A_692/2015 du 1^{er} mars 2017 consid. 6.1.2 non publié in ATF 143 III 206). Les frais d'avocat avant l'ouverture du procès et les circonstances justifiant leur indemnisation sont des faits qu'il incombe à la partie demanderesse d'alléguer en la forme prescrite et en temps utile (arrêts du Tribunal fédéral 4A_624/2021 précité consid. 6.2 ; 4A_692/2015 précité consid. 6.1.2; 4A_264/2015 du 10 août 2015 consid. 4.2.2). La partie qui demande le remboursement de ses frais d'avocat avant procès doit ainsi exposer de manière étayée les circonstances justifiant que les dépenses invoquées soient considérées comme un poste du dommage et donc qu'ils étaient justifiés, nécessaires et adéquats et qu'ils ne sont pas couverts par les dépens (arrêt précité 4A_264/2015 consid. 4.2.2). Les activités effectuées par l'avocat doivent être décrites clairement ; une description claire des activités ne suffit toutefois pas à elle seule pour juger si les frais étaient nécessaires et adéquats. Le contexte dans lequel ces activités se sont déroulées est également important (arrêts du Tribunal fédéral 4A_624/2021 précité consid. 6.2 ; 4A_692/2015 précité consid. 6.1.3 non publié in ATF 143 III 206 et les arrêts cités).

E. 8.4.2

Il découle de ce qui précède qu'en l'espèce, seuls peuvent entrer en considération, au titre du dommage selon les art. 7 al. 6 LAMal et 41 CO, les frais et honoraires de mandataire professionnel et d'avocat pour leurs activités qui ont servi à obtenir le changement d'assureur-maladie (de l'intimée à ASSURA) au 1^{er} janvier 2015 – bien qu'en vain – puis qui ont cherché à obtenir réparation pour l'empêchement de bénéficier de ce changement du fait du comportement illicite et fautif de la caisse-maladie (donc y compris les allégations et arguments portant sur les échanges de correspondances entre les assurés et la caisse-maladie entre fin 2014 et début mai 2017). Ne sauraient en revanche faire partie du dommage les frais et honoraires de mandataire professionnel et d'avocats afférents à d'autres questions, en particulier au refus de s'acquitter des primes fixées par l'intimée – et dues (cf. plus haut) – ainsi qu'à la contestation des poursuites introduites par cette dernière.

E. 8.4.3

Ainsi, les frais assumés par les assurés à l'égard de l'ASSUAS à concurrence de CHF 400.- (selon une quittance établie par celle-ci le 23 janvier 2015 pour CHF 100.- et une demande de provision du 2 juin 2015 pour CHF 300.-) ainsi qu'envers leur premier avocat consulté à hauteur de CHF 540.- (à teneur du récépissé d'un bulletin de versement réglé le 15 mars 2017), qui ont été causées par les démarches de ces mandataires visant à obtenir un changement d'assureur-maladie au 1^{er} janvier 2015, sont constitutives du dommage subi par les époux intéressés.

E. 8.4.4

S'agissant des frais liés à l'activité de l'avocat actuel, celui-ci a établi : - le 12 juillet 2022 une « note de frais et honoraires intermédiaire » pour la somme totale de CHF 29'348.25 (TTC) pour son activité déployée du 7 juin 2018 au 4 juillet 2022 (3'460 minutes, soit 57h40), le montant de CHF 9'308.75 restant dû après le règlement des provisions ; - une note d'honoraires de CHF 12'510.- (TTC ; « ventilés à raison de ½ pour chacun des assurés ») pour son « activité extra-judiciaire prise en considération pour le calcul du dommage pour l'activité déployée du 7 juin 2018 au 4 juillet 2022, conformément à la facture de frais et honoraires intermédiaire établie le 12 juillet 2022 » (1'475 minutes, soit 24h35) ; - le 18 janvier 2023 « une note de frais et honoraires pro forma » de CHF 1'526.10 pour son activité déployée du 23 août au 12 décembre 2022 (TTC ; 180 minutes, soit 3h00). Le tarif horaire était de CHF 450.- ; s'y ajoutaient des « frais administratifs forfaitaires ». Dans leur recours, les assurés font valoir, comme « frais juridiques » nécessaires pour assurer leur défense, les factures de leur conseil actuel pour CHF 14'036.10 au total représentant l'activité extra-judiciaire de celui-ci, non couverte par les dépens alloués par la chambre des assurances sociales et le Tribunal fédéral (alors que, dans le cadre de l'opposition du 16 juin 2022 contre les décisions initiales, ces frais se montaient à CHF 9'711.20 [CHF 4'855.60 x 2 ; cf. notamment l'annexe à leur lettre du 14 septembre 2022]). Cette somme totale de CHF 14'036.10 résulte de l'addition des montants de CHF 12'510.- afférent à la seule activité extrajudiciaire entre le 7 juin 2018 et le 4 juillet 2022 et de CHF 1'526.10 pour l'ensemble de l'activité déployée du 23 août au 12 décembre 2022. Cela étant, il apparaît, dans lesdites notes de frais et honoraires, pratiquement impossible de différencier les activités du conseil actuel (étude du dossier, entretiens en présentiel ou au téléphone, correspondance, actes de procédures, etc.) servant à obtenir réparation pour l'empêchement de bénéficier du changement d'assureur-maladie au 1^{er} janvier 2015 du fait du comportement illicite et fautif de la caisse-maladie (cf. art. 7 al. 6 LAMal) par rapport à ses activités ayant d'autres objets (refus de s'acquitter des

primes et oppositions à des poursuites notamment) ; par exemple, certains courriers et écritures concernant à la fois la réparation du dommage et la contestation de poursuites. De surcroît, plusieurs postes de dommage invoqués par les recourants ont été écartés plus haut, notamment pour absence de pertinence, de sorte que, pour ces postes, les frais d'avocat ne sont pas justifiés, nécessaires ou adéquats. Il convient ainsi de prendre en considération l'ensemble des circonstances, en particulier les actes accomplis par l'avocat actuel tels qu'ils figurent dans les dossiers produits par les parties dans le cadre des présentes causes A/242/2023 et A/243/2023 et ressortent notamment des faits exposés dans l'ATAS/126/2021 précité, dans le présent arrêt et dans celui afférent aux causes A/796/2023 à A/802/2023, prononcé également ce jour. À cet égard, l'intimée n'a pas contesté le contenu des notes de frais et honoraires – produites seulement à l'appui du présent recours –, se contentant d'énoncer que les éventuels « frais juridiques » ont déjà été jugés par les tribunaux dans le cadre des procédures précédentes entre les parties, de sorte qu'elle ne devrait aucunement verser des montants y afférents. En outre, on ne voit pas dans ces notes des activités dont la réalité ou la durée auraient été manifestement exagérées par le conseil actuel ou ne seraient pas en lien avec les litiges opposant les recourants à l'intimée. De cet examen des faits, il ressort que la moitié des frais et honoraires facturés et invoqués par l'avocat actuel pour son activité déployée entre le 7 juin 2018 et le 12 décembre 2022, pour la somme totale de CHF 14'036.10, sont à considérer comme pertinents, justifiés, nécessaires et adéquats. Ceci correspond à la clé de répartition des frais judiciaires fixée par le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_203/2021 « vu l'issue du litige ». Il n'y a lieu de déduire ni les dépens octroyés aux recourants par le Tribunal fédéral pour la procédure devant lui (CHF 1'400.-) ni ceux finalement accordés par la chambre de céans (CHF 2'500.-), dans la mesure où, durant la période correspondant à leurs arrêts, seule l'activité extra-judiciaire de l'avocat est ici prise en considération. Les frais et honoraires du conseil actuel font ainsi partie du dommage des époux à hauteur de CHF 7'018.- arrondi (CHF 14'036.10 / 2).

E. 8.4.5

À ce montant de CHF 7'018.- s'ajoutent les factures de l'ASSUAS de CHF 400.- ainsi que du précédent avocat de CHF 540.-, ce qui donne un montant de dommage au titre de frais de mandataire et d'avocats de CHF 7'958.- au total, qu'il convient d'attribuer par moitié à chacun des époux (CHF 3'979.- x 2).

E. 8.5

Dans leurs conclusions de recours, les époux assurés ajoutent des « intérêts moyens à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2019 » à la somme minimale de CHF 11'766.45, subsidiairement CHF 7'884.50 (sur la base d'une comparaison entre ce qu'ils devraient à la caisse-maladie et ce que cette dernière leur devrait), qu'ils estiment due par l'intimée.

E. 8.5.1

Aux termes de l'art. 90a OAMal – intitulé « intérêts rémunératoires » –, les intérêts rémunératoires visés à l'art. 26 al. 1 LPGa sont accordés lorsque l'assureur restitue ou compense des primes versées en trop ou qu'il doit réparer le dommage à concurrence des différences de primes en vertu de l'art. 7 al. 5 et 6 LAMal, pour autant que la créance dépasse CHF 3'000.- et qu'elle ne soit pas acquittée dans les six mois (al. 1). Le taux des intérêts rémunératoires s'élève à 5% par année. Les prescriptions de l'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA -

RS 830.11) sont applicables par analogie (al. 2).!endif]>!if> Selon l'art. 7 OPGA – qui fait partie de la section 3 intitulée « intérêts moratoires sur les prestations (art. 26 al. 2 LPGA) » –, le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2).

E. 8.5.2

En l'occurrence, les conditions prévues par l'art. 90a al. 1 OAMal pour la fixation d'intérêts rémunérateurs sont incontestablement remplies.!endif]>!if> Le dies a quo de ces intérêts fixé au 1 er janvier 2019 par les recourants, correspondant approximativement à une échéance moyenne de ce que leur devrait l'intimée selon l'art. 7 al. 6 LAMal, apparaît compatible avec les postes du dommage tels qu'admis plus haut, ce compte tenu notamment du fait que les frais et honoraires du conseil actuel vont jusqu'au 12 décembre 2022.

E. 9

En définitive, l'intimée doit réparation du dommage, au titre de la différence de primes, à concurrence de CHF 1'983.60 et CHF 4'108.80 (CHF 6'092.40 au total) en faveur du recourant et de CHF 1'618.80 et CHF 3'564.- (CHF 5'182.80 au total) en faveur de la recourante, plus, au titre des frais de mandataire et d'avocats, CHF 3'979.- pour chacun des époux (CHF 7'958.- / 2), soit au total CHF 10'071.40 en faveur du mari et CHF 9'161.80 en faveur de l'épouse, le tout avec intérêts à 5% l'an dès le 1 er janvier 2019.!endif]>!if> En conséquence, le recours des époux sera partiellement admis et les deux décisions sur opposition querellées seront réformées dans le sens qui précède.

E. 10

Les recourants obtenant partiellement gain de cause, une indemnité leur sera accordée, solidairement entre eux, à titre de participation à leurs frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Ainsi, l'indemnité allouée, réduite, sera, uniquement pour l'acte de recours et la réplique (les frais et honoraires antérieurs ayant été pris en compte dans le cadre du dommage) et compte tenu de l'existence de deux procédures, fixée à CHF 2'500.-.!endif]>!if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme et préalablement : 1. Déclare recevable le recours des époux recourants contre les deux décisions sur opposition rendues le 9 décembre 2022 par l'intimée en tant qu'il porte uniquement sur la fixation de leur dommage résultant de l'empêchement de changer d'assureur-maladie, pour la période du 1 er janvier 2015 au 31 décembre 2022, et irrecevable pour le surplus.!endif]>!if> 2. Prononce la jonction des causes A/242/2023 et A/243/2023 sous l'unique numéro de cause A/242/2023.!endif]>!if> Au fond : 3. Admet partiellement ledit recours.!endif]>!if> 4. Réforme les deux décisions sur opposition rendues le 9 décembre 2022 en ce sens que l'intimée doit, au titre du dommage résultant de l'empêchement de changer d'assureur-maladie au 1 er janvier 2015, payer les sommes de CHF 10'071.40 au recourant et de CHF 9'161.80 à la recourante, le tout avec intérêts à 5% l'an dès le 1 er janvier 2019.!endif]>!if> 5. Condamne l'intimée à verser aux recourants, solidairement entre eux, une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.!endif]>!if> 6. Dit que la procédure est gratuite.!endif]>!if> 7.

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

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