

## **NE\_GERICHTE TA.2001.391 vom 2. Dezember 2003**

NE Tribunal cantonal, 2003-12-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_TA.2001.391](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2001.391)

FR: NE\_GERICHTE TA.2001.391 du 2 décembre 2003

IT: NE\_GERICHTE TA.2001.391 del 2 dicembre 2003

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Selon l'article 58 litt.b LPJA, le Tribunal administratif connaît en instance unique des actions fondées sur le droit administratif et portant sur des prestations découlant de contrats de droit public. Le Tribunal administratif a déjà exposé dans son arrêt du 31 juillet 2001, qu'en l'espèce, reposant sur l'article 30 al.1 LILAMal, qui dispose que "pour l'application de la présente loi, l'Etat conclut avec une ou des fédérations d'assureurs une convention", exprimant les volontés concordantes de la République et canton de Neuchâtel d'une part et de la Fédération neuchâteloise des assureurs-maladie d'autre part – à laquelle la Caisse-maladie X avait adhéré – et ayant pour objet l'exécution d'une tâche d'intérêt public, la convention d'application de la LILAMal du 16 décembre 1997 (approuvée par arrêté du Conseil d'Etat du lendemain) relève bien du contrat de droit public au sens de l'article 58 litt.b LPJA. Il s'ensuit que toute contestation ayant pour objet un tel contrat, si elle ne peut se régler hors des tribunaux, doit se résoudre par voie d'action devant la Cour de céans. Il y a lieu ainsi d'entrer en matière sur la demande.

#### **E. 2**

a) Les assureurs-maladie et les autres détenteurs de la puissance publique, en particulier les cantons, peuvent passer entre eux des conventions, c'est-à-dire des contrats de droit administratif, dans le but de faciliter l'accomplissement de leurs tâches communes, par exemple pour résoudre des conflits de compétences, simplifier la procédure administrative, transférer des tâches, etc. ( Maurer , Sozialversicherungsrecht, vol.I, p.143). On peut considérer qu'il s'agit là de contrats dits de collaboration, visant l'exécution d'une tâche d'intérêt public ( Grisel , Traité de droit administratif, p.450) ou, plus précisément, de contrats de coordination ( Maurer , loc.cit.; Minh Son Nguyen , Le contrat de collaboration en droit administratif, Berne 1998, p.25). Tel est le cas de la convention d'application de la loi d'introduction de la LAMal, passée entre l'Etat de Neuchâtel et la Fédération neuchâteloise des assurances-maladie (FNAM) le 16 décembre 1967. Celle-ci règle notamment l'échange d'informations relatives à l'affiliation des assurés et les modalités de paiement des subsides destinés à ces derniers. Selon l'article 9 de la convention, chaque assureur conventionné peut se retirer de la convention pour la fin d'une année, moyennant un préavis d'un an (al.1). Le retrait écrit doit être adressé au service de l'assurance-maladie, accompagné d'un exemplaire de l'information que la caisse destine à ses assurés. Cette information attire l'attention des assurés sur les conséquences du retrait, notamment en matière de versement de la réduction des primes, et doit leur être signifiée au plus tard le 31 août précédant le retrait (al.2). Les acomptes de subsides de l'année courante sont ramenés aux 80 % du montant global selon le contrôle des estimations budgétaires. Le solde est versé à l'assureur à l'issue de la procédure de contrôle des subsides, en fonction du montant établi par le décompte définitif de l'année considérée (al.3). L'article 10 prévoit en outre les

mesures que l'Etat peut prendre à l'égard d'un assureur ne respectant pas les dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, savoir le prononcé d'un avertissement, d'un blâme, voire l'exclusion de l'assureur. La convention a sa base légale à l'article 30 LILAMal, qui dispose que pour l'application de cette loi, l'Etat conclut avec une ou des fédérations d'assureurs une convention (al.1). Tout assureur, indépendamment de son affiliation auprès d'une fédération d'assureurs, peut adhérer individuellement à la convention d'application (al.2). Selon l'article 6 du règlement d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RALILAMal), seuls peuvent pratiquer l'assurance-maladie sociale dans le canton les assureurs autorisés au sens de la législation fédérale et dont le champ d'activité s'étend au canton (al.1). Sont réputés "conventionnés" les assureurs ayant adhéré à la convention prévue à l'article 30 LILAMal. Les autres sont réputés "non conventionnés" (al.2). Les règles figurant dans la convention, relatives à la dénonciation de celle-ci ou au retrait d'un assureur conventionné, sont reprises des articles 8 et 9 RALILAMal, qui posent les mêmes principes, savoir en particulier que l'assureur conventionné peut se retirer de la convention pour la fin d'une année, moyennant un préavis d'une année au moins. Il est tenu d'informer ses assurés des conséquences de la dénonciation (art.9 al.1 RALILAMal). b) Les contrats de droit administratif sont soumis au droit public, mais à défaut de dispositions spécifiques on peut leur appliquer par analogie, à titre de droit supplétif, les principes du droit des obligations en tant qu'expression de règles générales, notamment en ce qui concerne l'exécution des contrats (Grisel, Traité de droit administratif, p.448, 454; Moor, Droit administratif, vol.II, 2e éd., p.388 ss; ATF 122 I 331 cons.bb, 105 Ia 211 cons.c, 102 II 57 cons.1). Toutefois, les solutions du droit des obligations ne doivent pas être transposées telles quelles mais adaptées aux particularités du contrat de droit public (Minh Son Nguyen, op.cit., p.22).

### **E. 3**

a) Les contrats de droit public s'interprètent, comme les contrats de droit privé, en principe selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). Cela signifie qu'il faut donner à une manifestation de volonté le sens que son destinataire pouvait ou devait lui attribuer de bonne foi, compte tenu des circonstances qu'il connaissait ou devait connaître au moment où elle a été faite. Dans l'interprétation d'un contrat de droit public, il faut certes prendre en considération le devoir de l'administration de tenir compte de l'intérêt public lors de la conclusion du contrat. En cas de doute, on doit par conséquent présumer qu'elle n'entendait pas passer un contrat qui ne se concilierait pas avec les intérêts publics qu'elle défend, et que le cocontractant en était conscient. Il serait toutefois erroné de donner toujours la préférence à l'interprétation la plus compatible avec l'intérêt public. La défense des intérêts de la collectivité trouve sa limite précisément dans le principe de la confiance, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas conduire à imposer au cocontractant de la collectivité, par l'interprétation du contrat, des charges qu'il ne pouvait raisonnablement pas prévoir au moment de la conclusion du contrat (ATF 122 I 335 cons.e et les références; Moor, op.cit., p.398 ch.3.2.4.1; Nguyen, op.cit., p.139 ss). Pour apprécier la forme et les clauses d'un contrat, le juge doit rechercher, dans un premier temps, la réelle et commune intention des parties (art.18 al.1 CO), le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices; cette recherche débouchera sur une constatation de fait. S'il ne parvient pas à déterminer ainsi la volonté réelle des parties ou s'il constate qu'une partie n'a pas compris la volonté réelle, manifestée par l'autre, le juge recherchera quel sens les parties pouvaient ou devaient donner, de bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance); il résoudra ainsi une question de droit. Cette interprétation se fera non seulement d'après le

texte et le contexte des déclarations, mais aussi d'après les circonstances qui les ont précédées et accompagnées (ATF 125 III 436 cons.2a et les références). b) La défenderesse admet qu'elle n'a pas respecté le délai de préavis d'un an prévu par l'article 9 al.1 de la convention, mais considère qu'il n'était pas applicable en l'occurrence car, selon elle, cette disposition ne vise que le cas où l'assureur désire se retirer de la convention tout en restant actif, c'est-à-dire en continuant de pratiquer l'assurance-maladie obligatoire dans le canton. Cette interprétation serait confirmée par le contenu des alinéas 2 et 3 de l'article 9 (en ce qui concerne en particulier la modification du système de versement des subsides destinés aux assurés). Cependant, il n'existe pas d'élément convaincant à l'appui de cette interprétation restrictive. Le fait qu'il n'y ait pas de disposition spéciale dans la convention pour le cas de l'assureur qui souhaite arrêter de pratiquer l'assurance-maladie obligatoire dans le canton conduit au contraire à considérer que la disposition susmentionnée vise tout retrait de l'assureur de la convention quel qu'en soit le motif. En tout cas, on ne voit pas que les parties à la convention pouvaient de bonne foi penser que le retrait était possible en tout temps et sans délai dans le cas visé en l'espèce. En outre, on ne voit pas en quoi la réduction des acomptes de subsides de l'année courante à 80 % du montant global selon le contrôle des estimations budgétaires, prévue par l'article 9 al.3 de la convention, pourrait conduire à une conclusion différente. Par conséquent, la défenderesse aurait dû en principe respecter le terme et le préavis d'un an prévu par la convention.

#### **E. 4**

La défenderesse soutient en outre que l'article 13 LAMal, en tant que norme du droit fédéral, l'emporte sur les dispositions de la convention en ce sens qu'il permet à l'assureur de se retirer sans délai, faculté dont la convention ne peut pas le priver. Par ailleurs, elle relève que la perte de l'autorisation de pratiquer en application de la LAMal entraîne d'office la perte de la qualité d'assureur reconnu et conventionné au sens de l'article 2 al.1 de la convention (qui dispose que les assureurs affiliés à la FNAM sont liés par la convention et sont appelés "assureurs conventionnés"). Or, les membres ordinaires de la FNAM sont les assureurs-maladie reconnus par la Confédération, membres du CAMS et qui exercent leur activité dans le canton de Neuchâtel (art.4 al.1 des statuts de la FNAM). Dès lors, selon la défenderesse, le retrait de son autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale par décision du Département fédéral de l'intérieur du 16 septembre 1998, en application de l'article 13 al.3 LAMal, la dispensait de requérir son retrait prévu par l'article

#### **E. 9**

de la convention.

Cette argumentation ne peut pas être suivie. Certes, la suppression de l'autorisation de pratiquer prononcée par l'autorité fédérale avec effet au 31 décembre 1998 empêchait la Caisse-maladie X de continuer à pratiquer l'assurance-maladie sociale dans le canton au-delà de cette date. La défenderesse ne saurait toutefois s'en prévaloir car la décision de retrait est intervenue à sa propre demande, et pour la date (31.12.1998) qu'elle avait elle-même fixée. Que la LAMal ne prévoie pas de délai de préavis et que le Département fédéral de l'intérieur ait considéré ■ sans autres indications de motifs sur ce point ■ que la date à laquelle le retrait de la Caisse-maladie X devait prendre effet pouvait être fin décembre 1998, n'y change rien. On doit donc admettre, avec le demandeur, que la défenderesse a provoqué elle-même l'impossibilité de respecter les termes de la convention, ce dont elle ne saurait se prévaloir pour échapper à sa responsabilité. La défenderesse ne

prétend d'ailleurs pas qu'elle aurait eu d'autres motifs impérieux l'obligeant à abandonner la pratique de l'assurance-maladie sociale dans le canton, qui eussent justifié une rupture anticipée des relations conventionnelles.

5.a) La défenderesse arguë que les règles du CO ne peuvent pas s'appliquer en l'espèce puisque la convention ne contient aucun renvoi à ces règles et que, en outre, la LAMal contient les dispositions topiques déterminantes en l'occurrence, savoir l'article 13 (concernant l'autorisation de pratiquer et son retrait) et l'article 6 (qui prévoit l'obligation des cantons de veiller au respect de l'obligation de s'assurer et de procéder au besoin d'office à l'affiliation). Elle se réfère à Maurer (Das neue Krankenversicherungsrecht, p.83).

Cet auteur n'affirme cependant rien de tel, mais relève seulement, à propos des conventions tarifaires entre caisses-maladie et fournisseurs de prestations, que ces conventions peuvent être considérées comme des contrats de droit public, lesquels contiennent souvent une clause selon laquelle le CO est applicable à titre subsidiaire dans la mesure où la législation en matière d'assurance-maladie ne règle pas un état de fait donné, clause que l'auteur juge admissible. Cela ne signifie nullement que l'application des règles du droit des obligations à titre de droit public supplétif en cas de défaut de normes de droit public ne serait possible qu'en cas de renvoi exprès. C'est bien plutôt le contraire qui est vrai, comme cela a été exposé plus haut (cons.2b). Au surplus, la défenderesse reconnaît elle-même, pour en avoir tiré argument, que la convention ne règle pas expressément le cas de la dénonciation de la convention en raison du retrait de l'autorisation de pratiquer et ses conséquences sous l'angle de la responsabilité contractuelle. Il en va de même de la LAMal, qui ne traite pas de ces questions.

b) Il convient ainsi de procéder à une application par analogie des articles 97 ss CO. L'existence de la responsabilité contractuelle suppose la réalisation de quatre conditions, savoir : l'inexécution du contrat, la faute du débiteur, le dommage causé au créancier et un lien de causalité adéquate entre l'inexécution du contrat et le dommage (Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., p.704 ss; Nguyen, op.cit., p.218). Un fait est la cause adéquate d'un dommage si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, il est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (RJN 1996, p.253 cons.c).

En l'occurrence, la défenderesse n'a pas démontré que la violation des obligations contractuelles par le non-respect du délai de préavis ne lui serait pas imputable à faute, comme cela résulte de ce qui a été exposé plus haut. Mais, en ce qui concerne le dommage et la relation de causalité adéquate, la défenderesse fait valoir que l'activité déployée par le service de l'assurance-maladie, dont le coût est constitutif du dommage invoqué par l'Etat, est certes la conséquence de son retrait du canton mais non du fait que le délai de préavis d'un an n'a pas été respecté. En outre, elle relève que lesdites démarches du service de l'assurance-maladie font partie de ses obligations légales en vertu de l'article 6 LAMal, la loi ne prévoyant pas d'exception pour le cas de la cessation d'activité d'une caisse. Enfin, la défenderesse soutient que toutes les tâches en cause effectuées par le service de l'assurance-maladie auraient de toute façon dû être effectuées, car selon elle "il y a fort à parier qu'avec le respect du préavis d'une année prévu par la convention, le travail du SAM n'aurait pas été modifié, car les assurés n'auraient de toute façon pu que difficilement se prononcer quant au choix d'une nouvelle caisse-maladie dont les primes n'auraient été connues qu'environ une année plus tard. La masse de travail à gérer dont notamment les

assurés n'ayant contracté aucune nouvelle assurance aurait été similaire".

c) S'il est exact que le service de l'assurance-maladie a déployé l'activité en cause dans le cadre de l'exécution d'une tâche imposée par la loi, cela ne signifie pas en soi qu'il n'existe pas de lien de cause à effet suffisant entre le comportement de la défenderesse et les frais engendrés par cette activité. La question à trancher n'est pas celle de savoir si celle-ci entrait dans le cadre de la loi ■ ce qui est d'ailleurs incontestable ■ mais si les frais engendrés auraient pu être évités si la défenderesse avait respecté le délai conventionnel. Or, il y a lieu de considérer que tel est le cas, car une telle conséquence présente un caractère objectivement prévisible selon le cours normal des choses et l'expérience générale, compte tenu de l'échéance du 31 décembre 1998 à laquelle le service de l'assurance-maladie se trouvait confronté. Le demandeur expose à cet égard ce qui suit :

"Contrairement à ce que soutient la Caisse-maladie X, seule une petite partie du travail effectué et comptabilisé dans la demande aurait tout de même dû être exécutée par le SAM, mais ce travail, d'une importance relative mais non pas extraordinaire, aurait pu être géré sans problème sur les 12 à 16 mois en question pour les motifs suivants :

a-Le temps nécessaire aurait été largement suffisant pour inciter périodiquement les assurés, au travers des médias qui ont l'habitude de jouer le jeu de l'information, surtout pour un phénomène de masse touchant directement près d'un tiers de la population neuchâteloise, à changer de caisse. Il n'en serait résulté aucuns frais significatifs pour l'Etat. Beaucoup d'assurés auraient changé d'assureur eux-mêmes sans l'intervention du SAM, lequel se serait borné à enregistrer les nouvelles affiliations annoncées par les assureurs.

b-Sans doute une ligne téléphonique spécifique aurait-elle été réservée aux assurés de la Caisse-maladie X, avec une plage horaire déterminée, sur 12 mois au moins. Cette activité serait toutefois entrée dans l'activité ordinaire du SAM, sans coût ni heures supplémentaires. La durée de cette ligne spéciale aurait permis un échelonnement qualitatif et bon marché de l'information des assurés. Elle n'aurait constitué qu'un complément aux informations et conseils qu'auraient diffusés de toute manière les médias.

c-L'obligation conventionnelle de la caisse résiliante d'informer ses assurés au plus tard le 31 août précédant le retrait aurait fait supporter le poids de l'information à la Caisse-maladie X elle-même et non pas au SAM. Ce dernier se serait contenté de transmettre avant l'été son fichier des assurés la Caisse-maladie X (dont le coût d'extraction est quasi nul) à charge pour cette caisse de l'employer pour garantir la bonne information de tous ses assurés, y compris ceux qu'elle ne trouvait plus dans ses ordinateurs mais dont le fichier du SAM établissait l'affiliation auprès de la Caisse-maladie X (art.30 RALILAMal). Le SAM se serait également contenté de conseiller la Caisse-maladie X sur le contenu de la lettre aux assurés. Il n'en serait résulté aucuns frais extraordinaires pour l'Etat puisque les travaux spécifiques décrits au point 4 de la demande auraient été drastiquement réduits (pas de constitution de base de données spécifiques; pas d'impression ni d'envois de courriers aux assurés; pas de réception ni de traitement de réponses des assurés). Encore une fois, ce n'est pas seulement la défaillance de la Caisse-maladie X qui a induit les coûts aujourd'hui réclamés, mais également son non-accomplissement des travaux urgents qui lui échéaient en pareil cas, auxquels le SAM a dû pallier au pied levé.

d-On peut relever ici que le projet d'information de la Caisse-maladie X, nommé "Duplex", a été finalement interdit par le DFI, ce qui démontre encore à quel point la crédibilité de la Caisse-maladie X était entamée, tant parmi la population que parmi les pouvoirs publics,

même fédéraux.

e-L'ensemble du dommage réclamé aurait été évité car les opérations d'admission auprès d'un nouvel assureur, effectuées pour la majorité d'entre eux par les assurés eux-mêmes, se seraient réparties sur 12 mois, notamment compte tenu des termes légaux, entre le 1er janvier et le 30 juin pour les assurés ayant une franchise annuelle de Fr. 230.-, puis entre le 1er juillet et le 31 décembre pour les assurés ayant une franchise à option.

f-Les travaux d'enregistrement des nouvelles affiliations auraient été échelonnés tout au long de l'année, voire au début de l'année suivante, certes avec des pics à proximité des échéances des 30 juin et 31 décembre. Ces travaux seraient toutefois entrés dans le cadre ordinaire de l'activité que le SAM déploie de toute manière à l'occasion des transferts de caisse.

g-Pour les bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI assurés auprès de la Caisse-maladie X, l'information aurait été effectuée, tôt dans l'année, sans coût extraordinaire via la Caisse cantonale de compensation à l'occasion de ses communications habituelles individualisées. Il n'en serait résulté aucuns frais pour l'Etat.

h-Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, une simple lettre aux Services sociaux communaux, intervenant tôt dans l'année, aurait suffi. Il n'en serait résulté là encore aucuns frais supplémentaires extraordinaires pour l'Etat.

i-Après l'enregistrement des annonces d'affiliation par les nouveaux assureurs, une extraction des assurés encore enregistrés sous "La Caisse-maladie X" aurait permis un traitement simple d'affiliation d'office des personnes concernées, par un publipostage effectué directement au sein du SAM. Là encore, il n'en serait résulté aucuns frais supplémentaires extraordinaires."

Il est ainsi très probable que si les dispositions à prendre avaient pu se dérouler sur une période prolongée d'une année elles auraient, comme le soutient de manière convaincante le demandeur, été moins nombreuses et d'une autre nature, et surtout elles auraient pu être accomplies pour l'essentiel dans le cadre de l'activité normale du service de l'assurance-maladie. La condition de l'existence d'un lien de causalité adéquate est ainsi remplie.

d) La défenderesse ne conteste pas en tant que tels les divers éléments constitutifs du dommage allégué, savoir les heures de travail supplémentaires induites, l'estimation du coût horaire ainsi que les factures produites par le demandeur, soit le total de 338'422.90 francs. Ce montant ayant été expressément admis, il doit être retenu. Un intérêt de 5 % peut être accordé à partir de l'interpellation par lettre du 21 décembre 1999, conformément aux conclusions de la demande, en application de l'article 102 CO.

6.Les frais de la cause (art.18, 19 de l'arrêté concernant le tarif des frais de procédure) doivent être mis à la charge de la défenderesse qui succombe (art.47 al.1 LPJA). Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art.48 LPJA a contrario).

Par ces motifs,LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF

1.Condamne la Caisse-maladie X à payer à l'Etat de Neuchâtel la somme de 338'422.90 francs avec intérêts à 5 % dès le 21 décembre 1999.

2.Met à la charge de la défenderesse un émolument de décision de 5'000 francs et les débours par 500 francs.

Neuchâtel, le 2 décembre 2003

AU NOM DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

Le greffier

Le président

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