

VS_GERICHTE S2 20 49 vom 22. Juni 2022

VS Kantonsgericht, 2022-06-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 20 49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_20_49)

FR: VS_GERICHTE S2 20 49 du 22 juin 2022

IT: VS_GERICHTE S2 20 49 del 22 giugno 2022

Regeste

S2 20 49 JUGEMENT DU 22 JUIN 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier en la cause X _____, recourante contre AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, 1919 Martigny, intimée (formes particulières d'assurance-maladie ; passage à un autre modèle d'assurance à la suite d'un changement de canton)

Erwägungen

E. 2

L'affaire porte sur la question de savoir si, à la suite de son déménagement en Valais le 1er février 2020, la recourante pouvait ou non prétendre à être affiliée au modèle d'assurance « Prima Care », lequel impliquait – à l'instar du modèle « Réseau de soins dont l'assurée bénéficiait à A _____ – un choix limité des fournisseurs de prestations. Selon la recourante, la décision de refus que lui oppose l'intimée est illégale à plusieurs égards. 3.1 A la forme, l'intéressée se plaint d'une violation de son droit d'être entendue ; elle reproche à l'intimée de s'être uniquement référée, dans sa décision sur opposition, à l'article 7 alinéa 2 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » et de ne pas avoir traité les autres arguments qu'elle avait invoqués, en particulier la violation de la liberté contractuelle et le caractère lacunaire du contrat d'assurance. 3.2 Tel qu'il est garanti par l'article 29 alinéa 2 de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), le droit d'être entendu comprend l'obligation pour l'autorité

- 7 - de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour satisfaire à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents (ATF 142 II 154 consid. 4.2, 138 I 232 consid. 5.1 et 137 II 266 consid. 3.2). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'article 29 alinéa 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). 3.3 In casu, quoi qu'en dise la recourante, l'intimée a bel et bien examiné son grief invoquant une lacune

dans le contrat d'assurance et a considéré qu'il n'existait « pas de lacune dans la réglementation applicable à l'assurance litigieuse » (cf. décision sur opposition p. 3). Elle a ainsi implicitement retenu que la liberté contractuelle de l'assurée, qui souhaitait bénéficier du modèle d'assurance « Prima Care », était limitée par le cadre juridique posé par ladite réglementation (art. 7 al. 2 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » ; cf. idem). Partant, c'est manifestement à tort que la recourante invoque une violation par l'intimée des exigences de motivation tirées de l'article 29 alinéa 2 Cst.

E. 4

Sur le fond, la recourante soutient que la décision sur opposition consacre une violation des principes du libre choix de la couverture d'assurance et de la liberté contractuelle. Elle argue que son contrat d'assurance-maladie est lacunaire et reproche à l'intimée de lui imposer de nouvelles conditions d'assurance qui diffèrent notablement des précédentes et qui ne correspondent pas à ses besoins. Elle se prévaut, dans ce contexte, de sa bonne foi et invoque une violation de l'article 100 alinéa 2 OAMal.

E. 4.1

La garantie de la liberté contractuelle, consacrée explicitement aux articles 1 et 19 de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (CO ; RS 220), fait partie intégrante de l'aspect constitutif de la liberté économique (art. 27 Cst ; ATF 136 I 197 consid. 4.4.1 et 131 I 333 consid. 4). En matière d'assurance-maladie,

- 8 - cette liberté est de facto limitée par le cadre légal impératif fixé par la LAMal, qui prévoit notamment l'obligation de s'assurer (art. 3 ss LAMal), les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts (art. 32 ss LAMal) ainsi que des règles quant aux primes dues par les assurés (art. 61 à 63 LAMal). En particulier, l'article 7 LAMal règle différentes situations impliquant un changement d'assureur. Ainsi, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Il peut aussi, lors de la communication de la nouvelle prime, 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 (al. 2).

E. 4.2

Aux termes de l'article 93 alinéa 1 OAMal, les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'article 103 alinéa 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à 500 fr., 1000 fr., 1500 fr., 2000 fr. et 2500 fr. pour les adultes et les jeunes adultes. L'article 94 OAMal prévoit que tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option (al. 1) et que le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal (al. 2) ; il précise en outre que, lorsque l'assuré change d'assureur au cours d'une année civile en vertu de l'article 7 alinéas 2, 3 ou 4 LAMal, il garde la franchise choisie auprès de l'ancien assureur pour autant que le nouvel assureur pratique cette forme d'assurance (al. 3). De plus, selon l'article 99 alinéa 1 OAMal, les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance de soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. A cet égard, l'article 100 OAMal précise que tous les assurés qui résident dans la région où l'assureur pratique une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations peuvent y adhérer (al. 1), que le passage de

l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment (al. 2), mais que le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur ne sont possibles que pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal (al. 3).

E. 4.3

La recourante soutient d'abord que les dispositions contractuelles qui la lient à l'intimée sont lacunaires. Elle se réfère à la teneur de l'article 7 alinéas 2 et 3 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » et souligne qu'il n'est en

- 9 - aucun cas précisé par quel modèle cette assurance est remplacée lorsqu'elle cesse. Elle en infère que cette lacune doit être comblée en recherchant la volonté hypothétique des parties, ce qui doit conduire à la mettre au bénéfice de l'assurance « Prima Care » dès son déménagement en Valais, le 1er février 2020.

E. 4.3.1

Intitulé « Résiliation et fin de couverture », l'article 7 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » (édition du 1er janvier 2012) prévoit, à son premier alinéa, notamment que « le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal ». Cette prescription est la même que celle figurant à l'article 100 alinéa 3 OAMal. En outre, l'article 7 alinéa 2 de ces conditions particulières indique que l'affiliation à cette assurance prend fin notamment lorsque « l'assuré transfère son domicile dans une région où l'assurance Réseau de soins n'est pas proposée » ; dans ce cas, « l'assuré est transféré, en fonction de sa franchise, dans une assurance de soins ordinaire ou avec une franchise à option, pour le 1er jour du mois, moyennant un préavis de 30 jours ».

E. 4.3.2

Avec l'intimée, force est de constater que l'application de ces prescriptions au cas particulier ne révèle pas l'existence d'une lacune. En effet, l'article 7 alinéa 2 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » est très clair quant au transfert de la personne assurée soit dans une assurance de soins ordinaire, soit dans une assurance particulière avec franchise à option au sens de l'article 93 OAMal. Cette seconde possibilité s'inscrit logiquement dans le cadre que fixe l'article 94 alinéa 3 OAMal, lequel permet à l'assuré de conserver sa franchise en cas de changement d'assureur. Il n'est en revanche pas question d'un transfert dans une autre forme particulière d'assurance, singulièrement dans une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'article 99 OAMal. C'est donc en vain que la recourante demande son transfert ou son maintien dans une assurance de ce type en invoquant une lacune dans les dispositions contractuelles la liant à l'intimée.

E. 4.4

Ensuite, l'intéressée invoque une violation des principes du libre choix de la couverture d'assurance et de la liberté contractuelle. On rappellera que l'assurée avait la possibilité de changer d'assureur notamment jusqu'au 30 novembre 2019, selon les conditions prévues par l'article 7 alinéa 2 LAMal. Ni la loi, ni les conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » ne considèrent à cet égard le déménagement dans un autre canton comme

un motif de résiliation du contrat d'assurance-maladie. Il s'ensuit qu'en s'abstenant de résilier son

- 10 - contrat avec l'intimée pour la fin de l'année 2019, la recourante a tacitement accepté le renouvellement dudit contrat, y compris ses conditions particulières, dont on a vu au considérant précédent qu'elles prévoyaient une réglementation claire en cas de transfert de domicile dans une région où l'assurance « Réseau de soins » n'est pas proposée. L'examen de cette situation, telle que résumée ci-dessus, ne met en évidence aucune violation des principes du libre choix de la couverture d'assurance et de la liberté contractuelle. Dès lors, ces griefs doivent être écartés.

E. 4.5

La recourante invoque en outre sa bonne foi. Elle explique que l'intimée lui a garanti que sa couverture d'assurance-maladie ne serait pas modifiée et qu'en conséquence, sa prime ne serait pas (ou peu) augmentée à la suite de son déménagement en Valais. Elle indique avoir pris, sur cette base, des décisions importantes, notamment celle de transférer son domicile dès le 1er février 2020.

E. 4.5.1

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 LPGA, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations dans les limites de leur domaine de compétence. Selon la jurisprudence, la violation de cette obligation de renseigner peut conduire, à certaines conditions, à obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du droit à la protection de la bonne foi qui, consacré à l'article 9 Cst., permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Dès lors, un renseignement ou une décision erronés de l'autorité (en l'espèce l'assureur) peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et 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 prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 141 V 530 consid. 6.2 et 131 II 627 consid. 6.1 et les références).

E. 4.5.2

En l'espèce, l'intimée conteste toute promesse faite à la recourante et laissant penser à celle-ci qu'elle pourrait bénéficier de l'assurance « Prima Care » dès le 1er février 2020. Cela étant, la Cour doit constater que les allégations de l'intéressée ne reposent sur aucun élément de preuve. Celle-ci mentionne une ou plusieurs conversations téléphoniques avec des employés de l'intimée, mais il est impossible de

- 11 - savoir ce qui y a été dit. Dans ces conditions, la Cour ne saurait faire droit aux conclusions de la recourante en se fondant sur le principe de la confiance. Au demeurant, on peut fortement douter que d'éventuelles informations erronées communiquées par téléphone aient été objectivement de nature à induire l'assurée en erreur. D'abord, de telles informations sont, en raison de leur caractère oral, guère fiables et très difficiles à faire

constater en cas de litige, ce qui ne pouvait pas échapper à la recourante, titulaire du brevet d'avocat. Ensuite, il est d'expérience qu'une modification d'un contrat d'assurance-maladie doit faire l'objet d'un avis écrit en bonne et due forme. L'intéressée ne pouvait dès lors pas objectivement se fier à d'éventuels renseignements fournis par téléphone par un agent de l'intimée quant à un transfert dans l'assurance « Prima Care » dès le 1er février 2020. D'ailleurs, les parties ont procédé par écrit dès l'avis de déménagement communiqué par l'assurée, le 6 janvier 2020 (cf. pièces nos 13 ss). Enfin, il apparaît que les conversations téléphoniques en cause se seraient déroulées au plus tôt à la fin décembre 2019. Or, à cette période, il est hautement vraisemblable que la recourante avait déjà pris des dispositions afin de déménager en Valais (notamment quant à son logement), où elle débutait une activité professionnelle à 70 % à partir du 1er février 2020. La Cour ne peut donc pas suivre le raisonnement de l'assurée lorsque celle-ci affirme qu'elle a pris des dispositions préjudiciables sur la base de renseignements erronés et qu'elle aurait maintenu son domicile dans son canton d'origine si elle avait été correctement informée par l'intimée.

E. 4.6

La recourante invoque enfin une violation de l'article 100 alinéa 2 OAMal. Selon cette disposition, le passage de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment. L'intéressée affirme que la couverture d'assurance que l'intimée lui impose dès le 1er février 2020 est une assurance ordinaire et en déduit qu'elle a dès lors le droit d'exiger, en vertu de l'article 100 alinéa 2 OAMal, son passage à l'assurance « Prima Care », laquelle implique un choix limité des fournisseurs de prestations. Ce raisonnement est erroné. En effet, la couverture d'assurance dont bénéficie l'assurée dès le 1er février 2020 (franchise à option fixée à 2500 fr.) est une forme particulière d'assurance au sens de l'article 93 alinéa 1 OAMal. Il ne s'agit donc pas d'une assurance ordinaire au sens de l'article 100 alinéa 2 OAMal. Dès lors, ce grief est à écarter. 5.1 Attendu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition est confirmée.

- 12 - 5.2 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020]). 5.3 Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA et 91 al. 1 a contrario LPJA). 5.4 L'intimée, qui obtient gain de cause, conclut notamment à la condamnation de la recourante au paiement de dépens. Selon la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de témérité ou de légèreté imputable à l'assuré (ATF 126 V 143 ; v. aussi art. 91 al. 3 et 88 al. 5 LPJA). Cette exception n'étant pas réalisée en l'occurrence, il ne se justifie pas d'allouer des dépens à l'intimée qui a, par ailleurs, procédé céans par le biais de son service juridique et sans s'adjoindre les services d'un mandataire spécialisé.

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