RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/242/2023 **ATAS/940/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 décembre 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourants

représenté par Me Michael RUDERMANN, avocat

B_____

représentée par Me Michael RUDERMANN, avocat

contre

HELSANA ASSURANCES SA intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Par signature du 28 octobre 2011, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1964, a affilié lui-même et son épouse (« personne à assurer »), Madame B_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1980, à HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : la caisse-maladie ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10), dans le modèle d'assurance BeneFit PLUS Telmed, avec effet au 1er janvier 2012.

b. Il est incontesté et incontestable que l'époux a, durant toute la période litigieuse, représenté son épouse.

Par ailleurs, et comme pour les années suivantes, les factures de prime requéraient le paiement au premier jour du mois pour lequel la prime était due.

c. À partir du 7 juin 2014 à tout le moins et pour plusieurs primes mensuelles de l'année 2014 (figurant dans des décomptes), la caisse-maladie a adressé aux deux époux des factures et, en cas de non-paiement, des documents intitulés " rappel de paiement ", " rappel " puis " dernier rappel ".

B. **a.** Par lettres recommandées du 25 novembre 2014, reçues le 28 novembre suivant par la caisse-maladie, les époux assurés ont, chacun séparément, communiqué à celle-ci la résiliation au 31 décembre 2014 de leur assurance obligatoire des soins selon la LAMal, avec la précision que leur nouvel assureur-maladie prendrait contact avec elle dans les meilleurs délais, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans la couverture d'assurance-maladie.

Par courriers du 3 décembre 2014, la caisse-maladie a pris acte de ces résiliations et informé les assurés que celles-ci ne seraient effectives que si elle était en possession d'une attestation d'assurance du nouvel assureur et s'il ne subsistait aucun arriéré de paiement au moment de la fin des contrats.

b. Le 10 décembre 2014, le nouvel assureur-maladie, ASSURA-BASIS SA (ci-après : ASSURA) a transmis à la caisse-maladie les noms et coordonnées de ses nouveaux assurés selon la LAMal, dont ceux de l'intéressé et de l'intéressée.

c. Par lettres du 9 janvier 2015, la caisse-maladie a informé les époux assurés et ASSURA que la résiliation par ceux-là n'était pas valable en l'absence de l'acquittement de toutes les factures, précisant aux intéressés que s'ils désiraient changer d'assureur, ils devaient lui adresser une nouvelle lettre de résiliation pour la prochaine échéance, la condition restant qu'il n'y ait plus de factures ouvertes.

Par courriers rédigés en allemand du 3 février 2015 concernant séparément chacun des époux assurés avec copie pour information aux concernés, ASSURA a fait part à la caisse-maladie, d'une part, de ce qu'elle avait pris note de ce que celle-ci était tenue de maintenir les intéressés assurés auprès d'elle conformément

à l'art. 64a al. 6 LAMal et, d'autre part, de ce qu'elle-même leur avait signifié l'annulation de leur contrat conclu avec elle.

d. Par pli de leur mandataire Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS) du 30 mars 2015, les époux ont demandé à la caisse-maladie l'annulation de leurs assurances obligatoires de soins auprès d'elle au 1er janvier 2015 et lui ont transmis une copie d'un courrier du 12 décembre 2014 par lequel l'intéressé, au nom de lui-même et de son épouse, demandait à la caisse-maladie de leur envoyer le décompte détaillé de leur solde d'assurance-maladie à lui verser au 31 décembre 2014, afin d'effectuer le paiement de ce solde en un unique versement.

Par lettre du 2 juin 2015 mentionnant l'intéressé comme débiteur et avec pour " motif de la créance " les " primes Jan. 14 au Déc. 14 LAMal ", la caisse-maladie a répondu aux assurés avoir malheureusement dû constater que leur courrier du 12 décembre 2014 n'avait jamais été enregistré auprès d'elle ; par conséquent, elle n'avait pas pu lui fournir le décompte détaillé désiré. De ce fait, elle accordait à l'intéressé le bénéfice du doute concernant l'envoi de son courrier du 12 décembre 2014, ce dernier s'étant " peut-être égaré dans les méandres de la poste ". Pour ce motif, elle était disposée à accepter la résiliation rétroactive de son contrat LAMal et de celui de son épouse au 31 décembre 2014 moyennant 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. Devaient de plus être fournies les attestations du nouvel assureur valables dès le 1er janvier 2015 pour chacun des époux assurés. Faute d'entrée dudit paiement et de la remise desdites attestations dans le délai précité, la caisse-maladie ne pourrait pas procéder à la résiliation. Les intéressés étaient rendus attentifs au fait qu'une procédure de poursuite était en cours concernant le présent dossier contentieux. À ce jour, l'office des poursuites (ci-après : OP) ne lui avait pas encore communiqué le montant des frais de poursuites.

Le versement requis du montant de CHF 2'232.90 précité, payé le 29 juin 215 au guichet postal, est parvenu à la caisse-maladie le 1er juillet 2015, mais aucune attestation du nouvel assureur n'a été fournie.

Une résiliation de l'affiliation des époux à la caisse-maladie, avec changement d'assureur, n'est pas intervenue.

e. À teneur d'une note établie en allemand le 17 mai 2016 par un collaborateur de la caisse-maladie et relative à un entretien téléphonique du 13 mai précédent avec le conseiller de l'ASSUAS, ledit collaborateur comprenait l'incompréhension de ce mandataire que les époux intéressés étaient encore assurés auprès d'elle, supposait que l'attestation d'assurance manquait encore et estimait que le mandataire devait la lui transmettre, après quoi le contrat serait résilié rétroactivement comme convenu. Suivaient ces termes (traduction libre) : " OK, il

va me la transmettre par courriel. Veuillez prendre note que, sur la base de notre communication, ASSURA a annulé définitivement le contrat. [À la ligne] Oui, je comprends cela. Nous allons tout faire à nouveau rétroactivement et informer ASSURA. [À la ligne] Parfait. C'est vraiment très important pour lui ".

Par courriel envoyé à la caisse-maladie le même 13 mai 2016, quelques minutes après ledit entretien téléphonique et en référence à ce dernier ainsi qu'au courrier de celle-ci du 2 juin 2015, le mandataire de l'ASSUAS a joint " copie des polices d'assurances obligatoires des soins ASSURA de [l'intéressé] et [son épouse] dès le 1er janvier 2015, comme convenu ", et a remercié la caisse-maladie de sa disponibilité et s'est déclaré dans l'attente du prochain courrier de cette caisse « confirmant la résiliation des contrats [assurance obligatoire des soins des époux] au 1er janvier 2015 ».

Par courriel du 17 mai 2016, un " spécialiste contentieux spécialisé (gestion des débiteurs) " de la caisse-maladie a répondu audit mandataire avoir transmis le courriel de ce dernier du 13 mai précédent " à notre service des résiliations pour le traitement " et a ajouté " Vous recevrez une confirmation directement de leur part ".

Une telle résiliation, avec changement d'assureur, n'est toutefois pas intervenue.

f. Par pli du 9 mars 2017 d'un avocat constitué par procuration du 8 mars précédent, l'assuré a fait part à la caisse-maladie de ce que, comme requis par la lettre de cette dernière du 2 juin 2015, il avait payé la somme de CHF 2'232.90 le 29 juin 2015 selon récépissé postal produit, mais que néanmoins, depuis cette date, elle le poursuivait pour le recouvrement des primes, avec des poursuites qui avaient abouti à la délivrance d'actes de défaut de biens.

Par courrier du 15 mars 2017 rédigé en allemand, la caisse-maladie a indiqué à ASSURA devoir accepter la résiliation de la police des époux assurés rétroactivement au 31 décembre 2014 en raison des plaintes de ceux-ci, son courrier concernant l'art. 64a al. 6 LAMal n'étant pas correct, et a demandé à cet assureur-maladie de réactiver les contrats des époux rétroactivement au 1er janvier 2015.

Le 18 avril 2017, ASSURA a répondu à la caisse-maladie ne pas pouvoir revenir sur l'annulation du contrat de l'assuré auprès d'elle au 1er janvier 2015 auquel elle avait procédé à la suite du courrier de la caisse-maladie du 9 janvier 2015 l'informant du maintien de l'affiliation des intéressés 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 1er janvier 2018. Il incombait à la caisse-maladie de réactiver le contrat de l'assuré au 1er janvier 2015.

Par lettre en français du 15 mai 2017 mentionnant l'intéressé et l'intéressée et comme " motif de la créance " les " primes Jan. 14 au Déc. 14 LAMal ", la caisse-maladie a fait part au conseil des époux de ce qu'en réponse à leur demande de résiliation rétroactive au 31 décembre 2014, elle maintenait leur affiliation auprès d'elle. En effet, selon elle, l'assuré n'avait pas respecté les conditions stipulées dans sa lettre du 2 juin 2015 : s'il s'était bien acquitté de la somme de CHF 2'232.90 dans le délai imparti, il avait omis de fournir à la caisse-maladie une nouvelle attestation d'ASSURA valable dès le 1er janvier 2015 pour lui-même et son épouse, étant donné que l'attestation fournie par ASSURA le 10 décembre 2014 était devenue nulle avec l'envoi du courrier de cette dernière du 3 février 2015 d'annulation d'affiliation (joint en copie).

Le changement d'assureur-maladie voulu par les assurés n'a ainsi pas eu lieu.

g. Il est précisé que les primes selon la LAMal de la caisse-maladie ont fait l'objet, dès 2015, de factures et, en cas de non-paiement, de documents intitulés " rappel de paiement ", " rappel " puis " dernier rappel ", « sommation », suivis de poursuites et des décisions de mainlevées d'opposition.

h. Par courrier du 8 juin 2018 rédigé par un nouveau conseil constitué par procuration signée la veille par l'époux - avocat dont émane l'ensemble des courriers postérieurs des intéressés -, les époux ont exigé de la caisse-maladie que, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal, le montant des primes dues pour les années 2015 à 2018 soit ramené à la hauteur de celles qu'ils auraient payées à ASSURA si le changement d'assureur avait pu se faire normalement au 31 décembre 2014. L'assuré alléguait avoir refusé jusqu'ici de régler les primes que la caisse-maladie lui facturait depuis janvier 2015, considérant que cette dernière était responsable de la situation litigieuse. Par ailleurs, les actes de défaut de biens délivrés dans cette affaire à l'encontre de l'assuré, l'un pour les primes de janvier 2015 à janvier 2016 et l'autre pour les primes de janvier à juillet 2015, recouvraient deux fois la même période, ce qui n'était pas autorisé.

Par pli du 14 juin 2018, la caisse-maladie a répondu que dans la lettre informant l'assuré des conditions pour qu'il puisse sortir de son affiliation, elle n'était pas obligée d'annexer les factures impayées, la question de savoir s'il y avait encore des arriérés étant de la responsabilité du client. En outre, selon les actes de défaut de biens, l'intéressé n'avait « pas reçu une poursuite pour les mêmes factures ». Enfin, l'assuré ayant demandé une séparation du contrat avec effet au 1er avril 2018, une procuration pour son épouse était sollicitée si des informations relatives au contrat de cette dernière étaient utilisées.

Par pli du 26 juin 2018 faisant suite à un écrit du 14 juin 2018 de la caisse-maladie, les époux assurés ont transmis à cette dernière une procuration en sa faveur signée le 21 juin 2018 par l'épouse et ont contesté les arguments énoncés ledit 14 juin 2018 par la caisse-maladie, y compris l'allégation selon laquelle

l'assuré lui aurait demandé " de faire une séparation du contrat avec effet au 1er avril 2018 ", qui ne reposait pas sur une preuve documentaire.

Par lettre du 11 juillet 2018, la caisse-maladie a répondu que l'assuré avait utilisé sa carte d'assurance pendant la période durant laquelle il estimait ne pas lui avoir été affilié, ce qui était contradictoire et impliquait implicitement qu'il avait conscience d'être bien assuré auprès d'elle et de vouloir bénéficier de son droit aux prestations. Elle a par ailleurs précisé, en correction de son information précédente, que la séparation du contrat au 1er avril 2018, avec un contrat individuel pour chacun des époux assurés, avait été effectuée en réalité en raison des arriérés de paiement et du principe d'individualité de l'assurance. Était joint un relevé actuel de ses créances en souffrance à l'égard des époux intéressés.

Par courrier du 31 août 2018, les époux assurés ont requis de la caisse-maladie, sur la base de l'art. 49 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), le prononcé d'une décision formelle relative au maintien de leur affiliation auprès d'elle au 1er juin 2015 jusqu'à ce jour.

i. Par écrit du 23 janvier 2019 à la caisse-maladie, outre une réitération de la demande de prononcé d'une décision formelle " reconnaissant l'erreur commise " et statuant sur les conséquences financières de cette dernière, l'assuré a indiqué par ailleurs n'avoir pas fait usage de sa carte d'assurance depuis 2015, son épouse non plus. À deux reprises seulement en mai 2017 et avril 2018, des prestations avaient été facturées directement (pour des soins) à la caisse-maladie par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), dont la facture avait été réglée par la caisse-maladie - en réalité des factures des 16 juin et 8 juillet 2017 concernant l'époux pour CHF 329.75 au total -, ainsi que par une pharmacie genevoise - pour des médicaments pris en charge par la LAMal obtenus le 17 avril 2018 à cette pharmacie par l'épouse. Toutefois, ni son épouse ni lui-même n'étaient à l'origine de ces démarches. À ce sujet, l'intéressé, considérant être libéré de son affiliation à l'égard de la caisse-maladie depuis le 1er janvier 2015, avait toujours pris à sa charge ses frais médicaux et ceux de son épouse, sans jamais en demander le remboursement à ladite assurance. Par conséquent, les termes de l'opposition - contre une décision de mainlevée d'opposition rendue le 25 octobre 2018 - étaient maintenus.

j. Par décisions du 21 juin 2019 " selon l'art. 49 [LPGA] " concernant chacun des époux séparément, la caisse-maladie a décidé qu'en raison d'arriérés de paiement au moment où le contrat aurait dû prendre fin, soit au 31 décembre 2014, et en l'absence d'attestations d'un nouvel assureur - au 30 juin 2015 -, elle maintenait son refus de résilier les assurances obligatoires des soins pour le 31 décembre 2014 ainsi que sa position que leurs contrats se poursuivaient ainsi sans changement au 1er janvier 2015. Notamment, dans le cadre du " geste commercial " qu'elle avait exceptionnellement accordé le 2 juin 2015 aux époux

et qui impliquait que ces derniers reconnaissaient être en retard de paiement, la condition de la fourniture des attestations du nouvel assureur valable dès le 1er janvier 2015 n'avait pas été remplie par les assurés.

k. Par acte unique du 19 juillet 2019, les époux intéressés ont formé opposition contre ces décisions.

l. En parallèle, par décision sur opposition du 13 novembre 2019, la caisse-maladie a admis partiellement l'opposition formée le 3 décembre 2018 par l'assuré contre sa décision de mainlevée rendue le 25 octobre 2018 dans la procédure de poursuite n° 1_____ (commandement de payer à concurrence de CHF 4'411.20 pour les primes du mari de janvier 2017 à juin 2018 et CHF 4'197.80 pour les primes de l'épouse de novembre 2016 à mars 2018, plus les intérêts moratoires, les frais de rappel et les frais de contentieux), dans le cadre de laquelle aucun paiement n'avait été effectué. En raison de l'autorité de chose jugée pour les primes de novembre 2016 à mars 2017 qui avaient fait l'objet d'une décision de mainlevée d'opposition rendue le 20 septembre 2017 dans le cadre de la poursuite n° 2_____, dont l'entrée en force ne permettait pas à la caisse-maladie de lever elle-même une opposition à un commandement de payer dans une nouvelle poursuite, une telle décision étant de la compétence du juge de la mainlevée, il n'était pas entré en matière sur les créances correspondant à ces primes, soit CHF 3'340.- (créance principale) plus les frais de rappel de CHF 400.- et les intérêts moratoires de CHF 302.40. Ainsi, la mainlevée était réformée et l'opposition écartée à concurrence de CHF 5'269.- (créance principale) avec intérêts à 5% dès le 9 octobre 2018, plus les frais de rappel de CHF 360.- et les intérêts de 5%, de CHF 302.40, jusqu'au 8 octobre 2018.

Par décision sur opposition du 13 novembre 2019 également, la caisse-maladie a admis partiellement l'opposition formée le 18 septembre 2019 par l'intéressé contre sa décision de mainlevée rendue le 20 août 2019 dans la procédure de poursuite n° 3_____ (laquelle faisait suite à la réquisition de poursuite adressée le 17 mai 2019 à l'OP pour les primes de celui-ci de juillet 2018 à janvier 2019 pour le montant de CHF 3'453.90, plus les frais de rappel, les frais de contentieux et les intérêts moratoires), dans le cadre de laquelle aucun paiement n'avait été effectué, en ce sens que ladite décision ne devait pas comprendre les frais de poursuite étant donné que ces derniers étaient à la charge du débiteur de par la loi, et, pour le surplus, a rejeté l'opposition. La mainlevée était réformée et l'opposition écartée à concurrence de CHF 3'453.90 (créance principale) avec intérêts à 5% dès le 18 mai 2019, plus les frais de rappel de CHF 420.- et les intérêts de 5%, de CHF 107.80, jusqu'au 17 mai 2019.

Par décision sur opposition aussi du 13 novembre 2019, la caisse-maladie a admis partiellement l'opposition formée le 14 février 2019 par l'assurée contre sa décision de mainlevée rendue le 28 janvier 2019 dans la procédure de poursuite n° 4_____ (laquelle faisait suite à la réquisition de poursuite adressée le

26 novembre 2018 à l'OP pour les primes de celle-ci d'avril à juillet 2018 pour le montant de CHF 1'924.80, plus les frais de rappel, les frais de contentieux et les intérêts moratoires), dans le cadre de laquelle aucun paiement n'avait été effectué, en ce sens que ladite décision ne devait pas comprendre les frais de poursuite étant donné que ces derniers étaient à la charge du débiteur de par la loi, et, pour le surplus, a rejeté l'opposition. La mainlevée était réformée et l'opposition écartée à concurrence de CHF 1'924.80 (créance principale) avec intérêts à 5% dès le 27 novembre 2018, plus les frais de rappel de CHF 200.- et les intérêts de 5%, de CHF 65.90, jusqu'au 26 novembre 2018.

Par acte unique déposé le 16 décembre 2019, les époux assurés ont formé recours contre ces trois décisions sur opposition du 13 novembre 2019, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) annule lesdites décisions sur oppositions, dise que les poursuites n° 1_____, 3_____ et 4_____ n'iraient pas leur voie et renvoie le dossier à la caisse-maladie pour décision sur les conséquences financières de l'impossibilité pour eux d'avoir pu changer d'assureur-maladie au 1er janvier 2015, subsidiairement statue sur ces conséquences financières en invitant préalablement les parties à fournir tous les éléments nécessaires à cette fin concernant, notamment, la différence de primes avec ASSURA, les prestations à rembourser, « les poursuites ayant déjà fait l'objet de saisies et qui auraient été payées totalement ou partiellement, etc. ».

Cet unique acte de recours a été enregistré et traité par la chambre de céans en trois causes séparées pour chacune des décisions sur opposition attaquées, A/4620/2019 pour la poursuite n° 1_____, A/4621/2019 pour la poursuite n° 3_____ et A/4623/2019 pour la poursuite n° 4_____. Il y a eu une réponse de l'intimée, une réplique des recourants, une duplique de la caisse et des observations des intéressés.

m. Entretemps, par décisions sur opposition rendue le 28 février 2020 concernant chacun des époux assurés séparément, la caisse-maladie a confirmé ses décisions du 21 juin 2019 et a rejeté leur opposition du 19 juillet 2019. Notamment, selon la caisse-maladie, pour ce qui était des deux prestations directement facturées à la caisse-maladie par les prestataires de soins, la prestation du 22 mai 2017 des HUG était effectivement une prestation décomptée selon le mode tiers payant et directement facturée à la caisse-maladie. Il était toutefois erroné de prétendre que l'assuré et son épouse n'étaient pas à l'origine de ces démarches. En effet, les prestataires de soins n'étaient pas en mesure de savoir auprès de quel assureur-maladie un patient était assuré. C'était donc bien les époux intéressés qui avaient fourni aux prestataires les indications relatives à leur assureur-maladie et qui étaient dès lors à l'origine, en tiers payant, des prestations précitées. Ceux-ci se savaient en conséquence bien assurés auprès de la caisse-maladie.

n. Par acte unique déposé le 13 mars 2020, les époux assurés ont formé recours à ces deux décisions sur opposition, concluant, avec suite de frais et dépens, à leur annulation et au renvoi du dossier à la caisse-maladie pour décision sur les conséquences financières de l'impossibilité pour eux d'avoir pu changer d'assureur-maladie au 1er janvier 2015, subsidiairement à ce que la chambre des assurances sociales statue sur ces conséquences financières en invitant préalablement les parties à fournir tous les éléments nécessaires à cette fin concernant, notamment, la différence de primes avec ASSURA, les prestations à rembourser, « les poursuites ayant déjà fait l'objet de saisies et qui auraient été payées totalement ou partiellement, etc. ».

Cet unique acte de recours a été enregistré et traité par la chambre de céans en deux causes séparées pour chacune des décisions sur opposition attaquées, A/930/2020 concernant l'épouse et A/931/2020 concernant le mari. Il y a eu une réponse de l'intimée et une réplique des recourants.

o. Par arrêt du 16 février 2021 (ATAS/126/2021), la chambre des assurances sociales a, préalablement, prononcé la jonction des causes A/4620/2019, A/4621/2019, A/ 4623/2019, A/930/2020 et A/931/2020 sous le numéro de cause A/4620/2019, puis, au fond, a admis les recours (ch. 3 du dispositif), a annulé les décisions sur opposition des 13 novembre 2019 et 28 février 2020 (ch. 4), a renvoyé la cause à l'intimée pour instruction puis nouvelle(s) décision(s), au sens des considérants (ch. 5), et a condamné l'intimée à verser aux recourants, solidairement entre eux, une indemnité de CHF 5'000.- à titre de dépens (ch. 6), la procédure étant au surplus gratuite (ch. 7).

D'après la chambre de céans, il ressortait d'une comparaison entre les documents figurant au dossier, notamment la facture corrective du 5 janvier 2015, le « dernier rappel » du 6 janvier 2015, les factures et rappels de 2014, y compris la sommation (« dernier rappel ») du 27 octobre 2014, ainsi que l'extrait de compte établi le 2 juin 2015, que les recourants étaient, au 31 décembre 2014, en retard de paiement selon les art. 64a al. 1 LAMal et 105l de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) pour le solde de CHF 604.40 relatif aux primes de janvier à juillet 2014, de même que pour le montant des primes de septembre de CHF 774.20, soit au total CHF 1'378.60. La question pouvait demeurer indécise s'ils l'étaient ou non aussi pour les primes de novembre 2014 de CHF 774.20, ce qui donnerait dans une telle hypothèse une somme totale de CHF 2'152.80 au titre de retard de paiement. Dans les présentes circonstances et conformément à la jurisprudence, l'intimée supportait les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) de la notification aux époux intéressés de son « dernier rappel » du 27 octobre 2014, en ce sens que, vu le doute effectif à ce sujet, il y avait lieu de se fonder sur les déclarations des destinataires de cette sommation, selon lesquels ils ne l'avaient pas reçue. Partant, faute d'existence établie d'une sommation au sens des

art. 64a al. 1 LAMal ainsi que 105b et 105l OAMal, un retard de paiement au 31 décembre 2014 ne pouvait pas être retenu.

Par surabondance, à fin 2014, l'intimée n'avait pas respecté son devoir d'information à l'égard des recourants au sens de l'art. 105l al. 2 OAMal dans la mesure précisée par la jurisprudence. En particulier, à la suite de la réception de la lettre de résiliation du 25 novembre 2014 des époux assurés, la caisse-maladie ne leur avait, avant la date prévue pour le changement d'assureur-maladie le 1er janvier 2015, pas indiqué s'ils étaient concrètement encore débiteurs d'arriérés et, si oui, pour quel montant, violant ainsi son obligation d'information telle que précisée par la jurisprudence, qu'elle ait ou non reçu le courrier qu'ils lui avaient écrit le 12 décembre 2014. Par ces violations à fin 2014 de son obligation d'information, la caisse-maladie avait rendu impossible le changement d'assureur voulu par les époux assurés dans leur courrier de résiliation du 25 novembre 2014.

Il s'ensuivait que l'intimée, qui avait en outre été informée par le nouvel assureur (ASSURA) en temps utile (le 10 décembre 2014) de l'affiliation auprès d'elle des époux assurés conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, n'était, contrairement à ce qu'elle a indiqué aux recourants par sa lettre du 9 janvier 2015, pas en droit de s'opposer, comme elle l'avait fait, à leur changement d'assureur et leur affiliation à ASSURA au 1er janvier 2015. Sa responsabilité pour réparer le dommage qui pourrait le cas échéant concrètement en résulter était, partant, engagée conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal.

Par la suite, par la lettre de l'ASSUAS du 30 mars 2015, les époux assurés avaient maintenu leur volonté de résiliation et de changement d'assureur au 1er janvier 2015. À la suite du courrier de la caisse-maladie du 2 juin 2015, ils avaient réglé dans le délai requis le solde de leurs arriérés de primes de 2014, sans qu'il importât qu'ils aient omis de lui transmettre de nouvelles attestations d'affiliation au 1er janvier 2015 du nouvel assureur. Durant le mois de mai 2016, l'intimée avait, sur rappel de l'ASSUAS, semblé avoir manifesté son intention d'accepter la résiliation des contrats au 1er janvier 2015, ce toutefois sans suite. À nouveau, après avoir reçu le courrier du 13 mars 2017 de l'avocat des recourants, elle avait, par pli du 15 mars 2017, admis qu'il n'y avait pas eu de retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal et demandé à ASSURA de réactiver les contrats de ceux-ci rétroactivement au 1er juin 2015, ce sur quoi celle-ci n'était, par lettre du 18 avril 2017, pas entrée en matière vu l'annulation des contrats ayant fait suite au courrier de l'intimée du 9 janvier 2015. Enfin, un peu plus d'une année plus tard, par lettre de leur nouveau conseil du 8 juin 2018, suivie de plusieurs courriels puis des recours objets du présent arrêt, les époux intéressés avaient exigé de la caisse-maladie que, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal, le montant des primes dues pour les années 2015 à 2018 soit ramené à la hauteur de celles

qu'ils auraient payées à ASSURA si le changement d'assureur avait pu se faire normalement au 31 décembre 2014.

À cela s'ajoutait que les époux intéressés avaient, depuis le 1er janvier 2015, délibérément refusé de s'acquitter des primes réclamées par la caisse-maladie à compter de 2015, ce qui avait occasionné plusieurs poursuites, et qu'ils n'avaient bénéficié de prestations de celle-ci que de manière isolée dans le temps et pour de petits montants, facturés directement à l'intimée par les prestataires. Ainsi, les recourants n'avaient, 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 1er janvier 2015 n'était en tout état de cause plus possible, la différence de primes entre celles dues à la caisse-maladie depuis le 1er janvier 2015 et celles qui auraient été payées à ASSURA. L'intimée ne le prétendait du reste pas.

Vu ce qui précédait, la caisse-maladie devait, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal, réparer le dommage qui avait résulté pour les époux assurés de l'impossibilité dans laquelle elle les avait illicitement placés de changer d'assureur-maladie depuis le 1er janvier 2015, en particulier une éventuelle différence de primes en leur faveur. Etant donné cependant qu'en l'état, notamment en l'absence de quelque élément que ce soit ressortant du dossier ou instruit concernant ce point, il était impossible de déterminer les montants exacts constituant ce dommage, il convenait, comme les recourants y concluaient dans leurs recours, d'annuler les décisions sur opposition querellées et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle instruise, d'une manière globale et approfondie, les conséquences financières (dommage) pour eux, en particulier la différence des primes qu'elle leur a réclamées par rapport aux primes qui auraient été mises à leur charge par ASSURA, à compter du 1er janvier 2015, puis rende une ou des nouvelles décisions, pouvant consister par exemple en la renonciation à réclamer des primes arriérées et/ou en le remboursement d'éventuelles primes payées en trop.

Dans ce cadre et pour les mêmes motifs, devaient être annulées les décisions sur opposition du 13 novembre 2019, ce qui incluait l'annulation des mainlevées (définitives) des oppositions aux commandements de payer prononcées dans les poursuites n° 1_____, 3_____ et 4_____.

p. Par arrêt 9C_203/2021 du 2 février 2022, le Tribunal fédéral a partiellement admis un recours de droit public interjeté par la caisse-maladie contre l'ATAS/126/2021 précité, en ce sens que le ch. 4 de son dispositif était annulé en tant qu'il portait sur l'annulation des décisions sur opposition du 13 novembre 2019 ; celles-ci étaient confirmées. Le recours était rejeté pour le surplus.

Selon la Haute Cour, il était exact qu'en considérant que l'autorité administrative avait rendu impossible le changement d'assureur voulu par les assurés pour le

1er janvier 2015, notamment en raison d'une violation de son devoir d'information, et en la condamnant à réparer le préjudice en résultant, la juridiction cantonale avait implicitement retenu que les assurés étaient restés affiliés à la caisse-maladie à compter de la date indiquée. En effet, toute autre interprétation serait contraire au droit dans la mesure où les différentes modalités prévues par l'art. 7 LAMal excluaient que le candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou subir une interruption de sa couverture d'assurance: le refus - bien-fondé ou pas - opposé par un assureur à un candidat au changement d'assureur n'entraînait dès lors pas une interruption de la protection d'assurance, mais le maintien de la couverture d'assurance auprès de l'ancien assureur. Ce maintien était du reste conforme à l'obligation de s'assurer prévue par l'art. 3 al. 1 LAMal. Les assurés ne contestaient en outre pas le maintien de leur affiliation à la caisse-maladie ni leur obligation de payer les primes, puisqu'ils admettaient en instance fédérale qu'ils restaient, et étaient toujours, affiliés à la caisse-maladie, puisqu'elle n'avait pas accepté le changement d'assureur au 1er janvier 2015 (ni au début 2015, ni à un moment ultérieur).

Dans la mesure où, en conséquence, les époux étaient 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). L'autorité administrative n'avait pas le choix du montant - du reste non contesté - des primes dues par les assurés. Elle n'avait donc ni à réduire les primes ni à renoncer à les réclamer dans le cadre des poursuites intentées sous peine de violer le droit fédéral. Les considérations contraires de la juridiction cantonale sur ce point ne pouvaient être suivies.

Le tribunal cantonal ne pouvait dès lors pas annuler les décisions sur opposition du 13 novembre 2019 concernant les mainlevées d'opposition formées dans les poursuites nos 1_____, 3_____ et 4_____, même s'il semblait qu'il n'entendait pas nier l'existence de la dette des intimés, mais obliger la caisse-maladie à recalculer le montant de cette dette en tenant compte du dommage causé par elle aux assurés lors du changement d'assureur. Il ne pouvait en l'occurrence pas y avoir de compensation (au sens de l'art. 120 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse [CO, Code des obligations - RS 220]) entre la dette des assurés et l'éventuel dommage causé à ceux-ci par la caisse-maladie, dans la mesure où le montant du dommage devait encore être déterminé. De plus, la compensation ne pouvait être un motif permettant de s'opposer valablement au prononcé d'une mainlevée définitive à une opposition formée dans le cadre d'une poursuite que si la créance en compensation était prouvée par un jugement au sens de l'art. 81 al. 1 LP ou par une reconnaissance inconditionnelle, ces exigences faisant défaut en l'espèce. Il convenait dès lors d'admettre le recours sur ce point et d'annuler le ch. 4 du dispositif de l'arrêt attaqué en tant qu'il porte sur l'annulation

des décisions sur opposition du 13 novembre 2019, et celles-ci devaient être confirmées.

Concernant la question de la réparation du dommage, il n'était en l'occurrence pas contesté qu'au moment de la résiliation de leur contrat le 25 novembre 2014, soit dans le délai prévu par l'art. 7 al. 2 LAMal, les intéressés ne s'étaient pas acquittés de toutes les factures émises en 2014. Il n'était pas davantage contesté qu'au moment indiqué, un nouvel assureur avait accepté l'affiliation des assurés pour le début de l'année 2015, qu'il avait cependant annulée quelque temps plus tard après avoir été informé par la caisse-maladie que les époux devaient rester assurés auprès d'elle (cf. art. 105l al. 3 LAMal). Dans ces circonstances, l'autorité administrative était tenue d'informer ceux-ci que leurs résiliations ne déploieraient aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'à un mois avant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment n'avaient pas été intégralement payés avant l'expiration de ce délai (art. 105l al. 2 OAMal). Elle l'avait certes fait d'une manière générale (courriers du 3 décembre 2014), ce qui ne suffisait cependant pas pour satisfaire à son devoir d'information. En effet, selon la jurisprudence, le devoir d'information impliquait de chiffrer concrètement le montant des arriérés dû par les candidats au changement d'assureur et de les en informer suffisamment tôt pour qu'ils soient en mesure de régler leurs dettes avant l'expiration du délai de résiliation. En ne chiffrant pas le montant des arriérés avant le 2 juin 2015, la caisse-maladie avait donc violé son obligation d'informer.

Cette constatation suffisait à 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 pouvant résulter d'une différence de primes favorable à ces derniers que, faute d'éléments d'évaluation disponibles, il convenait d'instruire. Il y avait dès lors lieu de rejeter le recours de droit public sur ce point. Les ch. 4 et 5 de l'arrêt cantonal en tant qu'ils annulaient les décisions du 28 février 2020 - dans la mesure où la recourante y niait implicitement toute faute de sa part - et renvoyaient la cause à l'autorité administrative pour instruction puis nouvelle(s) décision(s) au sens des considérants étaient conformes au droit.

Les frais judiciaires, arrêtés à CHF 1'200.-, étaient mis pour CHF 600.- à la charge de la caisse-maladie et pour CHF 600.- à la charge des assurés. La première verserait aux seconds la somme de CHF 1’400.- à titre de dépens pour la procédure devant le Tribunal fédéral. La cause était renvoyée à la chambre des assurances sociales pour nouvelle décision sur les dépens de la procédure antérieure.

q. Par arrêt du 29 mars 2022 (ATAS/295/2022) portant uniquement sur la question des dépens, la chambre de céans a condamné la caisse-maladie à verser

aux époux assurés, solidairement entre eux, une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.

C. **a.** Entretemps, par lettre du 26 novembre 2021 – toujours de leur conseil –, se référant à l'ATAS/126/2021 précité, les assurés ont fait part à la caisse-maladie de ce qu'il « [résiliaient] à nouveau leur assurance obligatoire des soins selon la LAMal pour le 31 décembre 2021.

Le 8 décembre 2021, la caisse-maladie leur a répondu que, faute de paiement intégral des primes et des participations aux coûts arriérées, une résiliation de l'assurance de base n'était pas possible, de sorte que chacun des époux restait assuré auprès d'elle.

Le 6 janvier 2022, la caisse-maladie a répondu à ASSURA, qui lui avait transmis les confirmations d'admissions pour l'assurance obligatoire des soins valable à partir du 1er janvier 2022, qu'elle n'avait à ce jour pas reçu de résiliation de la part des intéressés et qu'il existait, de plus, des retards de paiement de leur part.

b. Par courriel du 17 mars 2022, postérieur à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2021, les époux ont demandé à la caisse-maladie comment et dans quel délai elle allait instruire leur dommage ainsi que de leur confirmer qu'elle ne s'opposerait plus au changement de caisse, « comme elle [l'avait] encore dernièrement fait pour 2022 ».

Par pli du 23 mars 2022, la caisse-maladie leur a répondu ce qui suit. Le dossier avait été transmis au service compétent qui instruirait et rendrait une décision dans les meilleurs délais conformément aux jugements cantonaux et fédéraux. S'agissant du changement d'assureur-maladie, ce point était indépendant de la volonté de la caisse-maladie, étant donné que seuls les assurés étaient en mesure d'influencer ce point en payant l'intégralité de leurs arriérés.

c. À teneur de notices téléphoniques de la caisse-maladie, ASSURA, par une collaboratrice, l'a informée le 13 avril 2022 que " la souscription en 2015 d'une LAMal standard, franchise CHF 2'500.- avec accident ", s'élevait à CHF 269.30.- pour chacun des deux époux.

d. Par décisions du 17 mai 2022 « selon l'art. 49 [LPGA] » - séparées pour chacun des époux –, la caisse-maladie, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2021 précité et à un courrier des assurés du 31 mars 2022, a retenu ce qui suit.

Actuellement, le mari lui devait la somme globale de CHF 37'115.80, dont CHF 29'172.55 concernant les primes. « En 2015, la prime d'ASSURA (Base standard – franchise CHF 2'500.- avec accident) s'élevait à CHF 269.30. Auprès [de la caisse-maladie] (Base BeneFit PLUS Telmed – franchise CHF 300.- avec accident), elle se montait à CHF 434.60. En l'espèce, la différence (CHF 434.60 – CHF 269.30) relative à la réparation du dommage durant l'année 2015

[représentait] un total de CHF 1'983.60, soit CHF 165.30 multiplié par 12 mois ». La caisse-maladie décidait donc devoir à l'époux assuré la somme de CHF 1'983.60 relative à la réparation du dommage, montant qu'elle compensait entièrement sur les primes dues à ce jour, soit CHF 29'172.55.

À l'heure actuelle, l'épouse lui devait la somme globale de CHF 38'439.70, dont CHF 33'647.35 concernant les primes. « En 2015, la prime d'ASSURA (Base standard – franchise CHF 2'500.- avec accident) s'élevait à CHF 269.30. Auprès [de la caisse-maladie] (Base BeneFit PLUS Telmed – franchise CHF 300.- sans accident), elle se montait à CHF 404.20. En l'espèce, la différence (CHF 404.20 – CHF 269.30) relative à la réparation du dommage durant l'année 2015 [représentait] un total de CHF 1'618.80, soit CHF 134.90 multiplié par 12 mois ». La caisse-maladie décidait donc devoir à l'épouse assurée la somme de CHF 1'618.80 relative à la réparation du dommage, montant qu'elle compensait entièrement sur les primes dues à ce jour, soit CHF 33'647.35.

Était annexée, pour chacun des époux, une « liste des créances en suspens personne(s) assuré/e(s) en CHF », portant sur la période entre le 1er janvier 2015 et le 30 juin 2022 et retenant finalement au total, pour le mari, une créance de CHF 29'172.95, des frais de CHF 3'260.-, des intérêts de CHF 3'426.81, des frais de poursuite de CHF 1'256.05 et un montant impayé de CHF 37'115.81, et pour l'épouse, une créance de CHF 33'927.70, des frais de CHF 2'680.-, des intérêts de CHF 1'422.25, des frais de poursuites de CHF 409.75 et un montant impayé de CHF 38'439.70.

e. Par écrit du 16 juin 2022, les intéressés ont formé opposition contre ces décisions du 17 mai 2022.

Selon eux, la caisse-maladie n'avait procédé à aucune instruction du dommage, se limitant, à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2021 précité, à prendre contact téléphoniquement avec ASSURA.

La période du dommage causé n'était pas limitée à l'année 2015. C'était donc la différence de primes depuis le 1er janvier 2015 jusqu'à ce jour qu'il fallait prendre en considération et tant que les époux ne seraient pas autorisés à changer d'assureur-maladie.

Par ailleurs, le mari étant couvert en tant qu'employé pour le risque accidents, il n'existait aucune justification de prendre ce risque en considération dans le calcul. Le montant de la prime d'ASSURA prise en compte était donc faux, même si la différence de prime était insignifiante.

En outre, les décisions contestées ne tenaient, à tort, pas compte des subsides auxquels les époux avaient droit depuis 2015, des frais médicaux qu'ils avaient payés durant toutes ces années de leur poche (en compensation), de la

redistribution de la taxe CO2 et de « la restitution partielle par les [assureurs-maladie] des réserves indues faites sur le dos des assurés ».

Faisaient également partie du dommage qui leur avait été causé les frais de leur défense juridique (hors procédure couverte par les dépens alloués) ainsi que leur prétention en indemnisation de leur tort moral pour tous les désagréments auxquels ils avaient été confrontés depuis 2015 (stress, honte, dépit et désespoir) en raison de la faute exclusive de la caisse-maladie.

Faisaient aussi partie du dommage les frais, intérêts et frais de poursuites comptabilisés indûment. Même si, selon le Tribunal fédéral, la caisse-maladie était légalement tenue de poursuivre le paiement des primes, ces frais et intérêts résultaient directement de la faute de la caisse-maladie de ne pas avoir autorisé le changement d'assureur-maladie au moment où cela était possible.

Étaient annexés des tableaux « calcul des primes du 01.01.2015 au 20.06.2022 » pour chacun des époux.

f. Par lettre du 14 septembre 2022, se référant notamment à des courriers des 27 juin et 19 août 2022 de la caisse-maladie qui leur demandait s'ils maintenaient leurs oppositions aux dernières poursuites qui leur avaient été notifiées, les époux ont répondu que tel était le cas.

Ils ont en outre, par ce même pli, présenté des tableaux « calcul des primes du 01.01.2015 au 20.06.2022 » actualisés pour chacun des époux.

À teneur du – nouveau – tableau concernant l'assuré, et pour toute cette période, la somme totale de ces primes se montait à CHF 27'500.40, dont il fallait déduire plusieurs montants, de CHF 30'592.50 au total, déductions consistant en les « frais juridiques » de CHF 6'775.60 au total (dont CHF 1'500.- de « préjudice moral »), le « total subside 01.01.15 au 31.08.22 » de CHF 5'760.- (contre CHF 5'580.- de « total subside 01.01.15 au 31.06.22 » selon le premier tableau), le « total redistribution taxe CO2 » de CHF 693.60, la « redistribution réserves caisse » de CHF 800.-, les « frais test COVID-19 (Confédération) » de 77.-, les « frais médicaux payés » (aucun montant) et les « factures payées via poursuites » de CHF 16'486.30. Était donc dû au mari le montant de CHF 3'092.10.

Pour l'assurée, s'agissant également de la période concernée du 1er janvier 2015 au 30 juin 2022, la somme totale de ces primes s'élevait à CHF 27'294.-, dont il fallait déduire plusieurs montants, déductions consistant en les « frais juridiques » de CHF 6'775.60 au total (dont CHF 1'500.- de « préjudice moral »), le « total subside 01.01.15 au 31.08.22 » de CHF 5'760.- (contre CHF 5'580.- de « total subside 01.01.15 au 31.06.22 » selon le premier tableau), le « total redistribution taxe CO2 » de CHF 693.60, la « redistribution réserves caisse » de CHF 800.-, les « frais test COVID-19 (Confédération) » de 446.-, les « frais médicaux payés (moins franchise) » (« frais médicaux payés / franchise CHF 2'500.- / année

2019 : CHF 15'829.75 – CHF 2'500.- = CHF 13'329.75 ») et les « factures payées via poursuites » de CHF 294.90. Était donc dû à l'épouse le montant de CHF 142.25.

Selon les intéressés, vu ce dommage, les poursuites introduites contre eux étaient infondées, et ils excipaient de la compensation avec le dommage subi.

Enfin, trois avis de saisie leur avaient été notifiés le 23 août 2023, « à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 février 2022 », concernant les poursuites n° 1_____, 4_____ et 3_____. Si les montants objets de ces avis de saisie devaient être recouvrés, ils s'ajouteraient « bien sûr » au dommage subi par les époux.

g. Par décisions sur opposition rendues le 9 décembre 2022, la caisse-maladie a rejeté l'opposition de chacun des époux assurés contre ses décisions – initiales – du 17 mai 2022, qui étaient confirmées.

D'après la caisse-maladie, contrairement aux affirmations des opposants, « la procédure [concernait] seulement le changement d'assurance de 2014 à 2015 car [c'était] pour ledit changement que [le Tribunal fédéral] avait considéré [qu'elle] avait violé son obligation d'information et non pour les années suivantes, soit de fin 2015 à fin 2021. 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 [concernaient] pas la présente procédure (…) où seul [était] jugé le changement d'assurance de 2014 à 2015. En outre le mandataire ne [s'était], à raison, pas opposé au principe de la compensation, pleinement valable en matière de primes non payées ». « Ceci dit et même si la présente décision concernait également les changements d'assurance postérieurs à 2015 ce qui [n'était] pas le cas au regard de ce qui [précédait], [les opposants avaient] tout loisir de résilier [leurs assurances] conformément aux délais prévus par la LAMal (art. 7 al. 1 LAMal), ce [qu'ils avaient] fait seulement à fin 2021. Ceci dit, [la caisse-maladie n'avait pas pu] accepter [les résiliations] conformément à l'art. 64a al. 6 LAMal dans la mesure où [les assurés disposaient] d'importantes dettes à l'égard de [leur] assureur-maladie s'agissant de l'absence de paiements des primes et participations aux coûts […] ».

Il n'y avait pas lieu d'enlever le risque accident de l'assuré dans le calcul du dommage, ce d'autant moins que celui-ci n'avait jamais fait la demande de suspension dudit risque depuis qu'il était assuré auprès de la caisse-maladie. Si on retirait ce risque pour les primes auprès d'elle-même et d'ASSURA, ceci serait défavorable à l'intéressé. Sur ce point, dans l'état de fait desdites décisions sur opposition, pour chacun des époux, « la prime en 2015 d'une LAMal usuelle avec une franchise de CHF 2'500.- auprès d'ASSURA s'élevait à CHF 269.30 avec le risque accident et à CHF 250.30 sans celui-ci ».

La taxe environnementale (COV et CO2) n'avait pas été prise en compte afin de faciliter le calcul, et, si elle l'avait été, cela n'aurait rien changé car il aurait fallu la prendre en considération tant pour la caisse-maladie que pour ASSURA.

Ceci valait aussi pour la restitution des réserves indues.

D'éventuels frais juridiques avaient déjà été jugés dans le cadre des procédures précédentes entre les parties, et la caisse-maladie ne devait dès lors aucunement verser un tel montant, les tribunaux ayant déjà tranché ce point.

On ne percevait pas pour quels motifs et de quelle manière un tort moral pourrait être dû aux intéressés.

Enfin, on ne voyait pas quelles autres mesures d'instruction la caisse-maladie aurait pu prendre, les opposant n'en précisant du reste pas la nature.

D. **a.** Par acte – unique – du 25 janvier 2023, les époux assurés ont interjeté recours contre ces deux décisions sur opposition, concluant, « avec suite de frais et dépens », à leur annulation, à la constatation que la caisse-maladie les avait empêchés fautivement de changer d'assureur-maladie du 1er janvier au 31 décembre 2022, à la condamnation par conséquent de l'intimée à verser à l'époux la somme minimale de CHF 11'766.45, subsidiairement CHF 7'884.50, plus intérêts moyens à 5% l'an dès le 1er janvier 2019, 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.

Les 8 et 9 décembre 2022, la caisse-maladie avait confirmé la réception le 30 novembre 2022 des résiliations des assurances obligatoires des soins (LAMal) des assurés auprès d'elle, mais, le 13 décembre 2022, elle avait conditionné le caractère effectif de ces résiliations au règlement, d'ici au 31 décembre 2022, de « tous les décomptes de primes et de prestations relatifs à l'assurance de base » (y compris les intérêts et frais de poursuite), selon un décompte joint (« Votre bulletin de versement ») portant sur la période du 1er janvier 2015 au 12 décembre 2022 et fixant la somme totale due par les deux époux à CHF 38'374.71 (avec bulletin de versement), soit CHF 29'082.32 à la charge du mari et CHF 9'292.40 à la charge de l'épouse.

Plusieurs allégations et pièces étaient présentées concernant les primes facturées par l'intimée, celles qui auraient été facturées par ASSURA ainsi que les déductions telles que déjà réclamées dans leur opposition du 16 juin 2022 et son complément du 14 septembre 2022 (cf. partie en droit ci-après).

Le dommage relatif à la différence de prime au sens de l'art. 7al. 6 LAMal pour les années 2015 à 2022 se montait à CHF 19'714.80 pour le recourant

(CHF 48'542.40 de primes de l'intimée – CHF 28'827.60 de primes d'ASSURA) et à CHF 15'864.- pour la recourante (CHF 45'148.80 de primes de l'intimée – CHF 29'284.80 de primes d'ASSURA).

De la part du mari, était due à la caisse-maladie la somme de CHF 48'542.40 (représentant les primes de 2015 à 2022), dont à déduire CHF 19'714.80 à titre de différence de primes avec ASSURA, CHF 7'488.05 de « frais juridique » (moitié du montant total de CHF 14'976.10), CHF 1'500.- de tort moral, CHF 77.- de « frais COVID-19 » ainsi que CHF 31'529.- représentant les « créances de primes payées à l'OP », soit un montant total de déductions de CHF 60'308.85 (« auquel [s'ajoutaient] les frais et intérêts des poursuites au stade de l'opposition et celles ayant donné lieu à un [acte de défaut de biens] »). Il en résultait un solde en faveur du recourant de CHF 11'766.45 « dont un montant indéterminé (à établir par [la caisse-maladie concernait] des primes de [la recourante] ».

De la part de l'épouse, était due à la caisse-maladie la somme de CHF 45'148.80 (représentant les primes de 2015 à 2022), dont à déduire CHF 15'865.- (recte : CHF 15'864.-) à titre de différence de primes avec ASSURA, CHF 7'488.05 de « frais juridique » (moitié du montant total de CHF 14'976.10), CHF 1'500.- de tort moral, CHF 13'329.75 de « frais médicaux », CHF 561.- de « frais COVID-19 » ainsi que CHF 2'523.05 représentant les « créances de primes payées à l'OP », soit un montant total de déductions de CHF 41'266.85 (« auquel [s'ajoutaient] les frais et intérêts des poursuites au stade de l'opposition »). Il en résultait un solde en faveur de l'intimée de CHF 3'881.95.

b. Par réponses du 21 février 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, qui avait été enregistré sous les numéros de cause A/242/2023 pour le mari, respectivement A/243/2023 pour l'épouse.

c. Par réplique du 28 mars 2023, les recourant ont persisté dans les conclusions de leur recours.

Ils ont, notamment, contesté la valeur probante de l'« extrait de compte pour la période du 01.01.2014 au 31.03.2023 » établi le 13 février 2023 par l'intimée concernant le mari et, pour la seule période de janvier 2014 à mars 2018, l'épouse, de même que l'« extrait de compte pour la période du 01.04.2018 au 31.03.2023 » établi le même jour concernant l'épouse, qui avaient été produits par la caisse-maladie avec ses réponses au recours.

d. Par lettre du 28 septembre 2023, la chambre de céans a répondu à un courrier des recourants du 26 septembre précédent que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

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.

2. Interjeté dans la forme et le délai – compte tenu des féries 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]).

3.

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.

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).

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.

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).

5.

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.

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.

5.2.1 Premièrement, la période sur laquelle ledit litige porte s'étend en principe du 1er 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 recourant 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 ATS/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 instruise, 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 1er 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 1er janvier 2015 n'était en tout état de cause plus possible, la différence de primes entre celles dues à la caisse-maladie depuis le 1er janvier 2015 et celles qui auraient été payées à ASSURA (consid. 10)

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.

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.

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 auxdites 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.

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 1er janvier 2015 au 31 décembre 2022.

6.

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 1er 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. 105l – 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).

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 (LRCF - 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).

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).

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.

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.

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

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 1er 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 1er 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.

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 1er 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).

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 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2018 ; ainsi, selon ASSURA, il incombait à la caisse-maladie de réactiver ou maintenir le contrat des recourants au 1er 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.

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 1er 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 1er 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.

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).

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.

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.

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 ([CHF 434.60 x 12 = CHF 5'215.20] – [CHF 269.30 x 12 = CHF 3'231.60]), et celle concernant l'épouse à CHF 1'618.80 ([CHF 404.20 x 12 = CHF 4'850.40] – [CHF 269.30 x 12 = CHF 3'231.60]).

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.

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).

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).

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.

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).

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 »).

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.

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 1er 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).

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 1er 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.

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 1er janvier 2015, sont constitutives du dommage subi par les époux intéressés.

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 1er 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).

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).

8.5 Dans leurs conclusions de recours, les époux assurés ajoutent des « intérêts moyens à 5% l'an dès le 1er 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.

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).

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).

8.5.2 En l'occurrence, les conditions prévues par l'art. 90a al. 1 OAMal pour la fixation d'intérêts rémunératoires sont incontestablement remplies.

Le *dies a quo* de ces intérêts fixé au 1er 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.

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 1er janvier 2019.

En conséquence, le recours des époux sera partiellement admis et les deux décisions sur opposition querellées seront réformées dans le sens qui précède.

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.-.

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 1er janvier 2015 au 31 décembre 2022, et irrecevable pour le surplus.
2. Prononce la jonction des causes A/242/2023 et A/243/2023 sous l'unique numéro de cause A/242/2023.

Au fond :

3. Admet partiellement ledit recours.
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 1er 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 1er janvier 2019.
5. Condamne l'intimée à verser aux recourants, solidairement entre eux, une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.

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	Le président
Diana ZIERI	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