

S2 20 49

JUGEMENT DU 22 JUIN 2022

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier

en la cause

X _____, recourante

contre

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, 1919 Martigny, intimée

(formes particulières d'assurance-maladie ; passage à un autre modèle d'assurance à la suite d'un changement de canton)

Faits

A. Domiciliée dans le canton de A _____, X _____ était assurée depuis 2010 auprès d'Avenir Assurance Maladie SA pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).

Depuis 2017, elle a opté pour une assurance avec franchise annuelle à 2500 fr. et pour un modèle appelé « Réseau de soins ». Ce modèle impliquait un choix limité des fournisseurs de prestations, l'assurée devant consulter avant tout un médecin de premier recours, choisi par ses soins parmi les membres du réseau.

Pour l'année 2020, sa prime mensuelle d'assurance-maladie se montait à 281 fr. 05, y compris certaines assurances complémentaires, la prime mensuelle pour la seule assurance obligatoire de soins selon le modèle cité plus haut étant fixée à 246 fr. 80 (cf. pièces n^{os} 1 à 13 du dossier d'Avenir Assurance Maladie SA, duquel sont tirées toutes les pièces citées ci-après, sauf mention contraire).

B. Le 6 janvier 2020, l'assurée a informé son assureur-maladie qu'elle déménageait en Valais dès le 1^{er} février suivant. Elle lui a demandé de prendre note de cette information et de l'informer en cas de modification de sa prime d'assurance-maladie (cf. pièce n^o 13).

Avenir Assurance Maladie SA a répondu, le 14 janvier suivant, que le changement de domicile entraînerait automatiquement une modification de primes, selon le tarif correspondant au nouveau lieu de domicile. Elle a précisé que le modèle « Réseau de soins » n'était pas proposé en Valais et que, pour toute franchise à option, le passage à une autre forme d'assurance n'était possible que pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis d'un mois (art. 100 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie – OAMal ; RS 832.102). Elle a indiqué qu'elle était dès lors tenue d'adapter l'assurance obligatoire de soins avec libre choix du médecin dès le 1^{er} février 2020 et a joint à sa réponse un nouveau certificat d'assurance, dont la prime mensuelle pour la seule assurance obligatoire des soins était fixée à 319 fr. 20 (cf. pièces n^{os} 14 et 15).

Le 22 janvier 2020, X _____ a demandé à son assureur-maladie de lui faire bénéficier du modèle « Prima Care » (médecin de famille sans liste imposée) en vigueur dans le canton du Valais. Elle a notamment relevé que le modèle avec libre choix du médecin ne lui convenait pas et qu'à défaut de toute base légale, il ne pouvait pas lui être imposé sans son consentement (cf. pièce n^o 17).

Avenir Assurance Maladie SA a maintenu sa position, le 5 février 2020 (cf. pièce n° 18).

Six jours plus tard, l'assurée a indiqué qu'elle n'acceptait pas cette manière de faire et a requis de son assureur-maladie qu'il rende une décision au sens de l'article 49 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1 ; cf. pièce n° 19).

Le 27 février 2020, Avenir Assurance Maladie SA a rendu une décision formelle, dans laquelle elle confirmait être tenue par l'article 100 OAMal d'adapter l'assurance obligatoire des soins de l'assurée selon le modèle avec libre choix du médecin, dès le 1^{er} février 2020 et ce jusqu'au 31 décembre 2020. Elle a relevé que la conclusion d'un contrat d'assurance-maladie selon le modèle alternatif « Prima Care » en vigueur en Valais, ainsi que le souhaitait l'assurée, ne serait possible qu'à partir du 1^{er} janvier 2021 (cf. pièce n° 20).

C. X _____ a formé opposition contre cette décision, le 9 mars 2020. Elle a soutenu que les conditions générales d'Avenir Assurance Maladie SA ne fournissaient aucune indication quant au modèle de couverture d'assurance-maladie obligatoire des soins à appliquer en cas de déménagement dans un canton où le modèle alternatif « Réseau de soins » n'était pas en vigueur. Elle en a inféré qu'il s'agissait d'une lacune dans le contrat, laquelle devait être comblée selon le principe de la bonne foi. D'après elle, il s'ensuivait que l'assureur-maladie devait lui permettre de choisir entre les différents modèles alternatifs disponibles dans le canton du Valais ou, à tout le moins, remplacer son ancien modèle d'assurance par celui qui était le plus proche, notamment pour ce qui concernait les primes, à savoir le modèle « Prima Care » (cf. pièce n° 21).

Par décision du 16 juin 2020, Avenir Assurance Maladie SA a rejeté cette opposition. En particulier, elle a contesté toute lacune dans le contrat d'assurance, en se référant à l'article 7 alinéa 2 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » ainsi qu'à l'article 100 alinéa 3 OAMal. Elle a en outre indiqué qu'un éventuel recours contre sa décision serait dépourvu d'effet suspensif (cf. pièce n° 24).

D.a Le 17 août 2020, X _____ a recouru céans contre cette décision, sous suite de frais et de dépens, en concluant principalement à l'annulation de dite décision et à son assujettissement à la couverture « Prima Care » dès le 1^{er} février 2020. A titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation partielle de cette décision et à son assujettissement à la couverture « Prima Care » dès le 1^{er} mars 2020. Plus subsidiairement encore, elle a requis l'annulation dudit prononcé et le renvoi de la cause

à l'assureur-maladie pour nouvelle décision. Par ailleurs, elle a requis la restitution de l'effet suspensif à son recours.

A l'appui de ces conclusions, l'assurée a exposé que le contrat la liant à son assureur-maladie était lacunaire, dès lors que les conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins », en particulier l'article 7 desdites conditions, n'indiquaient pas par quel modèle dite assurance devait être remplacée en cas de déménagement de l'assuré dans une région où cette assurance n'était pas proposée. Elle a indiqué que cette lacune devait être comblée en déterminant la volonté hypothétique des parties et a affirmé qu'elle n'aurait certainement pas accepté de conclure un contrat selon le nouveau modèle que lui avait imposé son assureur-maladie et qui impliquait une augmentation des primes de plus de 70 fr. par mois. Elle en a déduit que la lacune du contrat devait être comblée en ce sens qu'elle bénéficie dès le 1^{er} février 2020 de la couverture d'assurance « Prima Care », soit celle qui était la plus similaire à l'assurance « Réseau de soins ». A la suivre, en lui imposant un modèle d'assurance ordinaire qu'elle ne souhaitait pas, l'assureur-maladie avait violé les principes du libre choix de la couverture d'assurance et de la liberté contractuelle. De plus, l'assurée s'est prévalu de sa bonne foi et a indiqué que son assureur-maladie lui avait communiqué des informations erronées par téléphone, informations auxquelles elle s'était fiée pour organiser son changement de domicile. Elle a aussi invoqué une violation de l'article 100 alinéa 2 OAMal, puisque cette disposition l'autorisait à passer en tout temps de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Ainsi, nonobstant le modèle ordinaire d'assurance que l'assureur-maladie entendait lui imposer, celui-ci avait l'obligation de faire droit à sa requête de passage à un modèle alternatif moins onéreux dès le 1^{er} février 2020 ou, à tout le moins, dès le 1^{er} mars suivant. Enfin, elle a soutenu que son assureur-maladie n'avait pas traité certains arguments de son opposition, en violation de son droit d'être entendu.

L'assurée a joint à son mémoire les copies d'une douzaine de pièces et de lettres visant à étayer ses allégations.

D.b Le 22 septembre suivant, Avenir Assurance Maladie SA a déposé son dossier et conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours, dans la mesure où il était recevable, ainsi qu'au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif.

Elle a nié toute lacune dans la réglementation applicable à l'assurance « Réseau de soins », en soulignant que les conditions particulières de cette assurance ne permettaient pas autre chose que le transfert dans l'assurance de base avec franchise

plus élevée (art. 7 al. 2 desdites conditions). Dès lors que l'assurée avait opté pour une franchise à option fixée à 2500 fr., elle bénéficiait d'une forme particulière d'assurance, situation qui ne permettait le passage à une autre forme d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations uniquement pour la fin de l'année civile et moyennant le respect du délai de résiliation. Avenir Assurance Maladie SA a en outre souligné que l'assurée invoquait en vain une violation de sa liberté contractuelle, puisqu'elle devait savoir bien avant le mois de janvier 2020 qu'elle allait transférer son domicile dans un autre canton ; elle avait dès lors eu largement le temps de prendre des dispositions pour son assurance-maladie et, le cas échéant, de résilier celle-ci pour la fin de l'année 2019, ce qu'elle s'était pourtant abstenue de faire. Pour les mêmes raisons, l'assurée se prévalait à tort de sa bonne foi, le dossier ne permettant en outre pas de retenir l'existence de promesses faites par l'assureur et laissant penser que l'intéressée aurait pu bénéficier de l'assurance « Prima Care » dès le 1^{er} février 2020.

D.c Par décision incidente du 29 septembre 2020, la demande de restitution de l'effet suspensif au recours a été rejetée (S3 20 56).

D.d L'assurée a répliqué, le 8 octobre suivant, en maintenant ses conclusions. Elle a notamment rappelé qu'avant d'organiser son déménagement en Valais, elle s'était fiée à des informations que son assureur-maladie lui avaient communiquées par téléphone, selon lesquelles sa couverture resterait la même et ses primes ne seraient augmentées que de 4 ou 5 fr. par mois. Elle a précisé que son assureur-maladie s'était bien gardé de lui dire que le modèle d'assurance « Réseau de soins » n'était pas disponible au lieu de son futur domicile. Elle a ainsi relevé que, si elle avait été correctement informée, elle aurait différé son déménagement à l'année suivante, son taux de travail réduit en Valais et sa présence fréquente dans son canton d'origine lui offrant manifestement cette possibilité. L'assurée en a déduit que son assureur-maladie faisait preuve d'une mauvaise foi choquante dans cette affaire. Par ailleurs, elle a réaffirmé qu'il était contraire au principe de l'équité d'imposer à un assuré, sur la base de l'article 100 alinéa 3 OAMal, une couverture d'assurance en raison d'un déménagement : dans une telle situation, l'assuré devait rester libre de choisir sa couverture d'assurance parmi celles disponibles au lieu de son nouveau domicile.

Le 2 novembre 2020, Avenir Assurance Maladie SA a dupliqué. Elle a fait remarquer que la différence entre les montants des primes d'assurance-maladie en cause n'apparaissait guère décisive dans le choix de l'assurée de déménager en Valais dès le 1^{er} février 2020, où elle avait débuté une activité professionnelle à 70 %. Elle a aussi affirmé que les conversations téléphoniques enregistrées avec les assurés n'étaient pas

conservées au-delà de trois mois et que les indications trouvées dans son outil de gestion de la relation clientèle, jointes à sa duplique, ne permettaient pas de corroborer les allégations de l'intéressée, notamment quant à l'existence de promesses relatives au montant des primes d'assurance-maladie.

L'assurée a déposé d'ultimes remarques, le 30 novembre suivant.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain, avec la communication desdites remarques à Avenir Assurance Maladie SA.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

1.2 Posté le 17 août 2020, le recours contre la décision sur opposition du 16 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, suspendu durant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. L'affaire porte sur la question de savoir si, à la suite de son déménagement en Valais le 1^{er} février 2020, la recourante pouvait ou non prétendre à être affiliée au modèle d'assurance « Prima Care », lequel impliquait – à l'instar du modèle « Réseau de soins dont l'assurée bénéficiait à A _____ – un choix limité des fournisseurs de prestations. Selon la recourante, la décision de refus que lui oppose l'intimée est illégale à plusieurs égards.

3.1 A la forme, l'intéressée se plaint d'une violation de son droit d'être entendue ; elle reproche à l'intimée de s'être uniquement référée, dans sa décision sur opposition, à l'article 7 alinéa 2 des conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » et de ne pas avoir traité les autres arguments qu'elle avait invoqués, en particulier la violation de la liberté contractuelle et le caractère lacunaire du contrat d'assurance.

3.2 Tel qu'il est garanti par l'article 29 alinéa 2 de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), le droit d'être entendu comprend l'obligation pour l'autorité

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

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

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

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

cette liberté est *de facto* limitée par le cadre légal impératif fixé par la LAMal, qui prévoit notamment l'obligation de s'assurer (art. 3 ss LAMal), les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts (art. 32 ss LAMal) ainsi que des règles quant aux primes dues par les assurés (art. 61 à 63 LAMal).

En particulier, l'article 7 LAMal règle différentes situations impliquant un changement d'assureur. Ainsi, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Il peut aussi, lors de la communication de la nouvelle prime, changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois (al. 2).

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

De plus, selon l'article 99 alinéa 1 OAMal, les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance de soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. A cet égard, l'article 100 OAMal précise que tous les assurés qui résident dans la région où l'assureur pratique une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations peuvent y adhérer (al. 1), que le passage de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment (al. 2), mais que le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur ne sont possibles que pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal (al. 3).

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

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

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

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

4.4 Ensuite, l'intéressée invoque une violation des principes du libre choix de la couverture d'assurance et de la liberté contractuelle.

On rappellera que l'assurée avait la possibilité de changer d'assureur notamment jusqu'au 30 novembre 2019, selon les conditions prévues par l'article 7 alinéa 2 LAMal. Ni la loi, ni les conditions particulières de l'assurance « Réseau de soins » ne considèrent à cet égard le déménagement dans un autre canton comme un motif de résiliation du contrat d'assurance-maladie. Il s'ensuit qu'en s'abstenant de résilier son

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

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

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

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

savoir ce qui y a été dit. Dans ces conditions, la Cour ne saurait faire droit aux conclusions de la recourante en se fondant sur le principe de la confiance.

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

4.6 La recourante invoque enfin une violation de l'article 100 alinéa 2 OAMal.

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

5.1 Attendu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition est confirmée.

5.2 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020]).

5.3 Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et 91 al. 1 *a contrario* LPJA).

5.4 L'intimée, qui obtient gain de cause, conclut notamment à la condamnation de la recourante au paiement de dépens.

Selon la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de témérité ou de légèreté imputable à l'assuré (ATF 126 V 143 ; v. aussi art. 91 al. 3 et 88 al. 5 LPJA). Cette exception n'étant pas réalisée en l'occurrence, il ne se justifie pas d'allouer des dépens à l'intimée qui a, par ailleurs, procédé céans par le biais de son service juridique et sans s'adjoindre les services d'un mandataire spécialisé.

Par ces motifs, le Tribunal cantonal prononce :

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 22 juin 2022.