

# **NE\_GERICHTE CDP.2025.33 vom 20. November 2025**

NE Tribunal cantonal, 2025-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2025.33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.33)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2025.33 du 20 novembre 2025

IT: NE\_GERICHTE CDP.2025.33 del 20 novembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPJA ne contient pas de disposition relative à la jonction de causes. Il n'en demeure pas moins que l'autorité saisie d'un ou plusieurs recours peut, en tout temps, joindre ou disjoindre des causes, ce dans un but d'économie de procédure (ATF 131 V 461 cons. 1.2).

b) Le 5 février 2025, le recourant a déposé un recours à l'encontre des décisions sur opposition de l'intimée des 6 et 7 janvier 2025, décisions qui lui ont toutes deux été notifiées le 15 janvier 2025. Par courrier du 25 février 2025 adressé à la Cour de céans, il a implicitement formé recours à l'encontre de la décision sur opposition de l'intimée du 10 février 2025, qui lui avait été notifiée le 17 février 2025. Quand bien même chacune de ces trois décisions porte sur des primes d'assurance-maladie obligatoire distinctes, à charge du recourant, force est de constater qu'elles concernent toutes un état de fait similaire et soulèvent des questions juridiques identiques. L'assuré, qui a saisi spontanément la Cour de céans après réception de la décision sur opposition du 10 février 2025, a implicitement pris une conclusion visant à la jonction des causes et l'intimée ne s'y est pas opposée. Celle-ci a d'ailleurs déposé des observations concernant chacun des recours déposés par A.\_\_\_\_\_. Il s'ensuit que rien ne s'oppose à ce que, par économie de procédure, les causes soient jointes et qu'elles soient, partant, liquidées en un seul arrêt. c) Interjetés dans les formes et délai légaux, les recours sont recevables.

### **E. 2**

a) Dans une argumentation confuse, le recourant invoque nombre d'articles légaux, en indiquant ou non leur source. Il semble en outre se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu, à mesure qu'il cite l'article 29 Cst. féd., et estime que ses courriers sont restés sans réponse. Par ailleurs, l'intéressé reproche à la Cour de céans le temps écoulé entre l'introduction de ses recours et le présent arrêt. Enfin, il avance avoir toujours été de bonne foi. Compte tenu du caractère formel de la violation du droit d'être entendu, ce grief doit être examiné en premier lieu, car il est de nature à entraîner, en cas de violation avérée, l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours au fond (ATF 142 II 218 cons. 2.8.1, 142 III 360 cons. 4.1.4, 137 I 195 cons. 2.2). b/aa) Le droit d'être entendu, garanti par l'article 29 al. 2 Cst. féd., sert non seulement à établir correctement les faits, mais constitue un droit indissociable de la personnalité garantissant à un particulier de participer à la prise d'une décision qui touche sa situation juridique (arrêt du TF du 09.02.2016 [8C\_176/2015] cons. 2.2). Il comprend, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 cons. 2.3 et les réf. cit., 142 III 48 cons. 4.1.1 et les réf. cit., 141 V 557 cons. 3.1, 135 I 279 cons. 2.3). Il comprend ainsi

de nombreux éléments qui ont tous un même but : permettre à l'intéressé de comprendre ce qui se passe et de se défendre. Il se subdivise en deux grands ensembles : le droit à l'information et le droit d'agir pour sa défense en s'exprimant et en participant à l'administration des preuves ( Steffen , Le droit d'être entendu du collaborateur de la fonction publique : juste une question de procédure ?, RJN 2005, p. 55 et 57). En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe en définitive tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 132 II 485 cons. 3.2, 129 II 497 cons. 2.2 et les réf. cit.). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée dans le cadre de la procédure de recours si la partie concernée a eu la possibilité de s'exprimer et de recevoir une décision motivée de la part de l'autorité de recours disposant d'un pouvoir d'examen complet en fait et en droit (ATF 145 I 167 cons. 4.4 et les réf. cit.), ce qui est le cas de la Cour de céans (art. 33 let. a et b LPJA). b/bb) L'article 29 al. 1 Cst. féd. garantit notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit traitée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité et prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie lorsqu'elle ne rend pas une décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans le délai que la nature de l'affaire et les circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 144 I 318 cons. 7.1). Le caractère raisonnable du délai s'apprécie selon les circonstances particulières de la cause, eu égard notamment à la complexité de l'affaire, à l'enjeu du litige pour l'intéressé, à son comportement ainsi qu'à celui des autorités compétentes (ATF 143 IV 373 cons. 1.3.1). Un certain pouvoir d'appréciation quant aux priorités et aux mesures à prendre pour faire avancer l'instruction doit aussi être reconnu à l'autorité (arrêt du TF du 25.01.2022 [ 1B\_637/2021 ] cons. 2.1 et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, apparaissent comme des carences choquantes une inactivité de treize ou quatorze mois au stade de l'instruction ou encore un délai de dix ou onze mois pour que le dossier soit transmis à l'autorité de recours (ATF 130 IV 54 cons. 3.3.3 ; arrêt du TF du 05.11. 2020 [ 6B\_845/2020 ] cons. 2.1). c) En l'espèce, le recourant a articulé ses griefs de façon peu compréhensible. La Cour de céans relève toutefois que le recourant semble se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu, ainsi que d'un retard à statuer eu égard aux mois durant lesquels il a dû attendre le présent arrêt. Toutefois, au vu des principes qui ont été explicités plus haut, on ne voit pas en quoi le droit d'être entendu du recourant aurait été violé. En effet, le recourant a tout particulièrement pu s'exprimer maintes fois par plusieurs courriers sur l'affaire en cause avant qu'une décision ne soit rendue, de sorte que son droit d'être entendu a été respecté. De même, on ne comprend pas comment la Cour de céans aurait tardé à rendre sa décision au point qu'un déni de justice puisse être reconnu. De plus, et si le recourant avait voulu se plaindre d'un retard à statuer de la part de la Cour de droit public, celui-ci aurait dû saisir le Tribunal fédéral d'un recours pour déni de justice, ce qu'il n'a pas fait. Quoi qu'il en soit, la présente décision intervient quelque 8 mois après le dépôt des recours de l'intéressé, de sorte qu'un retard à statuer ne saurait être reconnu. Au vu de ce qui précède, ces griefs doivent être écartés. d) A relever encore, à toutes fins utiles, que le litige portant sur le changement d'assureur, le paiement des primes d'assurance-maladie obligatoire sur plusieurs mois, ainsi que les mainlevées d'oppositions aux commandements de payer des poursuites n° [111], n° [222] et n° [333], les articles cités par le recourant du CC suisse et – par hypothèse – français (au vu de l'article 1137 cité, cf. courrier du 06.08.2025), du CO, de la LCA, de la LP, du CP et même de la LAMal ne trouvent pas application. On ne peut donc y voir de quelconques violations et le recourant ne les explique pas non plus. Partant, ces

griefs sont mal fondés et doivent être écartés.

### E. 3

a) Un des objets du litige consiste à déterminer si Assura pouvait à bon droit maintenir le contrat d'assurance de l'intéressé au-delà du 31 décembre 2023, malgré la résiliation requise par ce dernier par courrier du 9 octobre 2023. L'envoi et la réception en temps utile du courrier précité, en vue d'une résiliation du contrat au 31 décembre 2023, ne sont nullement contestés. Est en revanche litigieux le fait de savoir si le recourant a souscrit une nouvelle police d'assurance obligatoire de soins auprès de Helsana, comme il l'avance. b) La LAMal régit l'assurance-maladie sociale (art. 1a al. 1 LAMal). Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). 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 (LSAMal, RS 832.12 ; art. 4 LAMal). Conformément à l'article 7 LAMal, 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 (al. 2). 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 (al. 5). En dérogation à l'article 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas payés intégralement (art. 64a al. 6 LAMal). 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 (art. 1051 al. 2 OAMal). Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'alinéa 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'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (art. 1051 al. 3 OAMal). c) Aux termes de l'article 27 al. 1 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). Cette disposition pose donc une « obligation générale et permanente de renseigner indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées » et concerne les droits et obligations des personnes intéressées. Le devoir de renseignement doit être interprété de manière large. Quant à son contenu, la personne intéressée doit avoir reçu les informations pour lui permettre, dans un cas particulier, d'effectuer les démarches nécessaires ( Longchamp, in : Dupont/Moser-Szeless (éd.), Commentaire romande de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2 e éd., 2025, p. 493 s., n. 10 ss ad art. 27). Ceci étant, l'obligation de

conseiller n'est toutefois pas illimitée. Il ne peut être exigé de l'assureur qu'il fasse preuve d'une attention plus importante que celle qu'on peut exiger de manière générale. Le fait de donner un renseignement suffit. Il ne lui appartient pas de convaincre les personnes qui partent de conceptions erronées ( Longchamp , op. cit., p. 497, n. 28 et 29 ad art. 27). Une obligation de conseiller dans un cas spécifique figure encore dans différentes dispositions particulières, telles que l'article 7 al. 2 LAMal. Enfin, l'existence d'un renseignement erroné doit être prouvé ou du moins rendue hautement vraisemblable par celui qui se prévaut du principe de la bonne foi, l'absence de preuve étant défavorable à celui qui veut déduire un droit de l'état de fait non prouvé ( Longchamp , op. cit., p. 498 s., n. 33, 35, 40 ad art. 27). La notion d'« assureurs et [ d' ] organes d'exécution de diverses assurances sociales » de l'article 27 LPGa recouvre tout organe de la branche des assurances sociales, quel que soit son niveau. Cette notion doit être comprise de manière large ( Longchamp , op. cit., p. 493, n. 5 ad art. 27). d) En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a produit plusieurs documents en lien avec Helsana : un document intitulé « Votre offre d'assurance obligatoire des soins (LAMal), valable jusqu'au 08.06.2024 » et daté du 8 mai 2024 ; deux courriels du recourant à Helsana datés des 9 octobre et 5 novembre 2024 dans lesquels il demande à cet assureur, respectivement, de lui envoyer « la même offre au prix actuel, si modification il y a » ainsi qu'une actualisation des prix en vue d'une « finalisation pour le 01.01.25 ». Dans son recours du 5 février 2025, l'intéressé avance qu'il a souscrit une assurance obligatoire des soins auprès de Helsana et cite une référence « 483-VS509 ». Pour pouvoir valablement changer d'assureur et ne plus être assuré chez l'intimée, le recourant aurait dû fournir à cette dernière une attestation d'assurance du nouvel assureur, ce qu'il n'a pas fait ni ne prétend avoir fait. En effet, le recourant n'a pas fourni l'attestation dont il est question, mais uniquement un document d'offre de la part de Helsana , daté du 8 mai 2024, soit – qui plus est – hors délai pour procéder à un changement d'assureur pour l'année 2024. Par ailleurs, un tel document proposant exclusivement une offre ne signifie pas encore que l'intéressé soit valablement assuré auprès de cet assureur. Le recourant n'a pas non plus fourni d'éventuelles preuves de paiements attestant qu'il se serait acquitté de primes d'assurance-maladie obligatoire auprès d'un nouvel assureur. Enfin, on relèvera encore que la référence mentionnée, pour la première fois, par le recourant dans son recours du 5 février 2025 ne se retrouve nulle part dans le dossier. Dans ces conditions, c'est à bon droit que Assura a considéré que le recourant n'était pas assuré chez Helsana et a maintenu sa police d'assurance pour l'année 2024. On relèvera encore que l'intimée a expressément rendu son assuré attentif aux conditions posées par les articles 7 al. 5 et 64a al. 6 LAMal – sans toutefois mentionner expressément ces articles – dans son courrier du 17 novembre 2023, en précisant que l'affiliation auprès de l'ancien assureur (en l'occurrence l'intimée) ne prend fin que lorsque le nouvel assureur (en l'occurrence, Helsana , comme le prétend le recourant) lui aurait communiqué qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance et à la condition que les primes ou participations en cours, ainsi que les éventuels intérêts moratoires et frais de poursuite, aient été intégralement acquittés. La Cour de céans ne voit donc pas en quoi l'intimée aurait négligé son devoir d'information selon l'article 27 LPGa, et le recourant ne l'explique pas non plus. Enfin, on ajoutera que quoi qu'il en dise, ce dernier est toujours affilié à Assura à l'heure actuelle et que cette couverture d'assurance, obligatoire selon la LAMal, l'astreint certes à un devoir de paiement de primes, mais lui garantit également une prise en charge des prestations médicales prévues par cette loi. A toutes fins utiles, la Cour de céans relève que le recourant ne peut s'assurer auprès de lui-même pour l'assurance-maladie obligatoire des soins. En

effet, la caisse-maladie doit nécessairement être une personne juridique de droit privé ou public sans but lucratif qui pratique l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 2 al. 1 LSAMal).

#### **E. 4**

a) Un assuré touché par une décision prise en application d'un tarif des primes de l'assurance obligatoire des soins dans une situation concrète peut exiger du juge qu'il en contrôle la légalité. Le juge ne saurait toutefois entrer en matière sur les critiques d'ordre général qu'un assuré adresse à l'encontre de sa prime d'assurance ou du système de l'assurance-maladie sociale. Il incombe à l'assuré d'expliquer en quoi la clause tarifaire contestée viole le droit fédéral, étant précisé que le pouvoir d'examen du juge des assurances ne s'étend qu'à la question de savoir si ladite clause a été établie en conformité avec les dispositions légales relatives au financement et à la fixation du montant des primes (ATF 135 V 39 cons. 4.3). En exigeant que les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins soient dûment vérifiés et approuvés par l'autorité de surveillance (art. 16 LSAMal) – soit l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP ; art. 56 LSAMal) –, le législateur fédéral a expressément érigé une présomption d'adéquation du montant des primes qui ne peut être renversée que si l'assuré apporte la preuve stricte du contraire (ATF 135 V 39 cons. 6.2 ; arrêt du TF du 06.04.2009 [9C\_601/2008] cons. 2). Lorsque la preuve de l'inadéquation des primes est rapportée, la validité d'une prime ne saurait être remise en question que si l'irrégularité constatée présente un degré de gravité certain et laisse clairement apparaître le non-respect des dispositions légales applicables en matière de financement et de fixation des primes (ATF 135 V 39 ; arrêt du TF du 17.10.2018 [9C\_498/2018] cons. 2.2). Compte tenu de l'autonomie dont disposent les assureurs dans la fixation des primes, le juge est appelé en outre à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète (arrêt du TF du 06.04.2009 [9C\_601/2008] cons. 2) . b) En l'espèce, il est difficile d'établir avec précision quels sont les griefs que le recourant formule à l'encontre de sa prime d'assurance-maladie obligatoire . La Cour de céans comprend de ses nombreux courriers qu'il la trouve trop onéreuse et qu'il estime avoir valablement résilié sa police d'assurance auprès de Assura . Or, comme cela a été exposé plus haut, le recourant n'ayant pas souscrit à une nouvelle police d'assurance pour les soins obligatoires auprès d'un autre assureur et, partant, faute d'avoir pu produire une attestation allant en ce sens, il n'a pas résilié valablement son contrat d'assurance auprès de Assura . Il reste par conséquent assuré chez cet assureur. De plus, la critique générale qu'il formule à l'encontre de ses primes est insuffisante pour renverser la présomption d'adéquation des primes qui découle de leur approbation par l'OFSP. Aussi, la Cour de céans n'a pas à entrer en matière sur les objections toutes générales du recourant, s'agissant de ses primes d'assurance-maladie. Mal fondé, ce grief doit également être écarté.

#### **E. 5**

a) Il reste à examiner si c'est à juste titre que Assura a rejeté les oppositions du recourant à l'encontre de ses décisions des 28 août et 10 décembre 2024 ainsi que du 11 janvier 2025, par lesquelles elle a levé les oppositions formées, respectivement, aux commandements de payer n° [111], n° [222] et n° [333] pour un solde total de 4'609.05 francs (CHF 2'183.45 + CHF 1'214.75 + CHF 1'210.85). b) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de

s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). De leur côté, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire, au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP. Selon l'article 64a LAMal, 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 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur lui annonce les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (art. 79, 1<sup>re</sup> phrase, LP). L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut donc choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit (ATF 134 III 115 cons. 4.1 ; cf. également arrêt du TF du 16.10.2015 [9C\_414/2015] cons. 4.2.1). Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (art. 79, 2<sup>e</sup> phrase, LP ; ATF 134 III 115 cons. 4.1.2). Un retard dans le paiement des primes ne justifie pas à lui seul leur recouvrement par voie de poursuite. Il incombe à l'assureur d'envoyer au préalable une sommation à l'assuré, précédée d'au moins un rappel écrit, puis de lui impartir un délai de 30 jours en l'informant des conséquences d'un retard de paiement (art. 64a LAMal). Il s'agit de conditions préalables obligatoires avant l'introduction d'une poursuite (arrêt du TF du 21.07.2016 [9C\_78/2016] cons. 3.2), et ce même dans les cas particuliers où une telle incombance peut exceptionnellement paraître dénuée de sens par exemple parce que l'assuré refuse le paiement de toute prime pour des questions de principe (ATF 131 V 147 cons. 6.3, dernier paragraphe). c) En l'espèce, les poursuites requises par Assura et qui ont abouti aux commandements de payer n° [111], n° [222] et n° [333], portent, respectivement, sur les primes de janvier à avril 2024, mai et juin 2024, juillet et août 2024 ainsi que sur des frais de rappel, des frais de sommation et des intérêts, soit un total de 4'609.05 francs, frais de poursuite compris. Il ressort du dossier que l'intimée a dûment envoyé des rappels pour les primes susmentionnées avant une sommation (mises en demeure des 27.05.2024, 29.07.2024 et 23.09.2024). Assura ayant respecté les incombances légales réglant la procédure de recouvrement, elle est légitimée à recouvrer par voie de poursuite les primes suscitées. Ainsi, les poursuites sont justifiées pour les primes de janvier à avril 2024, pour celles de mai et juin 2024 et pour celles de juillet et août 2024. d) A toutes fins utiles, il sied encore de préciser que l'article 64a al. 2 LAMal – dont la nouvelle teneur stipule que l'assureur peut poursuivre un assuré au maximum deux fois au cours d'une année civile pour ses propres arriérés, les poursuites pour les créances qui ont déjà fait l'objet d'un acte de défaut de biens ou donné lieu à un titre équivalent n'étant pas comptabilisées – n'est en vigueur que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025. Or, en l'espèce, les poursuites entreprises par

l'intimée ont toutes été entamées en 2024, soit alors que la nouvelle mouture de cette disposition n'était pas encore pertinente. Pour rappel, les commandements de payer des trois poursuites ont tous été notifiés au recourant en 2024.

### **E. 5.2**

des conditions générales de l'intimée, les primes sont payables d'avance aux échéances convenues ; les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5 % par année. Dès lors que la date du 7 juillet 2024 est postérieure à l'échéance des primes de janvier à avril 2024, que la date du 7 septembre 2024 l'est par rapport aux primes de mai et juin 2024 et que la date du 2 novembre 2024 est, quant à elle, ultérieure à l'échéance des primes de juillet et août 2024, les intérêts moratoires, à hauteur de 5 %, à compter des dates mentionnées ne prêtent nullement le flanc à la critique. En ce qui concerne les frais de poursuite, ceux-ci s'ajoutent au solde du montant mis en poursuite. En effet, les frais de la poursuite sont à la charge du poursuivi, bien qu'ils doivent être avancés par le poursuivant (art. 68 LP). Dès lors que les frais de la poursuite suivent le sort de la poursuite ( arrêt du TF du 01.09.2006 [K 88/05] cons. 5 ; RJN 1982, p. 290, cons. 2), il n'y a pas lieu de se prononcer séparément à leur sujet. 7. Il découle des considérants qui précèdent que les recours doivent être rejetés, les poursuites n° [111], n° [222] et n° [333] étant valables. Les décisions sur opposition des 6, 7 janvier et 10 février 2025 sont confirmées. Il est statué sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Quant à l'intimée, celle-ci ne peut pas non plus prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

### **E. 6**

a) Outre la prime convenue contractuellement, une caisse-maladie peut réclamer le paiement – dans une mesure appropriée – des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais, qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter, soient imputables à une faute de l'assuré. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés (art. 105b al. 2 OAMal ; ATF 125 V 276 cons. 2c et les réf. cit.). S'agissant des intérêts moratoires, l'article 105a OAMal prescrit qu'ils s'élèvent à 5 % pour les primes échues selon l'article 26 al. 1 LPGA. b) En l'espèce, l'article 6.3 des conditions générales de l'intimée relatives à l'assurance obligatoire des soins prévoit que l'assuré supporte les frais administratifs de rappel par 10 francs et de sommation par 30 francs. Ces montants paraissent raisonnables et partant admissibles. Ainsi, les montants de

### **E. 8**

mois après le dépôt des recours de l'intéressé, de sorte qu'un retard à statuer ne saurait être reconnu. Au vu de ce qui précède, ces griefs doivent être écartés.

d) A relever encore, à toutes fins utiles, que le litige portant sur le changement d'assureur, le paiement des primes d'assurance-maladie obligatoire sur plusieurs mois, ainsi que les mainlevées d'oppositions aux commandements de payer des poursuites n° [111], n° [222] et n° [333], les articles cités par le recourant du CC suisse et par hypothèse par français (au vu de l'article 1137 cité, cf. courrier du 06.08.2025), du CO, de la LCA, de la LP, du CP et même de la LAMal ne trouvent pas application. On ne peut donc y voir de quelconques violations et le recourant ne les explique pas non plus. Partant, ces griefs sont

mal fondés et doivent être écartés.

3.a) Un des objets du litige consiste à déterminer si l'assuré pouvait à bon droit maintenir le contrat d'assurance de l'intéressé au-delà du 31 décembre 2023, malgré la résiliation requise par ce dernier par courrier du 9 octobre 2023. L'envoi et la réception en temps utile du courrier précité, en vue d'une résiliation du contrat au 31 décembre 2023, ne sont nullement contestés. Est en revanche litigieux le fait de savoir si le recourant a souscrit une nouvelle police d'assurance obligatoire de soins auprès de Helsana, comme il l'avance.

b) La LAMal régit l'assurance-maladie sociale (art. 1a al. 1 LAMal). Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). 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 (LSAMal, RS 832.12 ; art. 4 LAMal).

Conformément à l'article 7 LAMal, 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 (al. 2). 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 (al. 5).

En dérogation à l'article 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas payés intégralement (art. 64a al. 6 LAMal). 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 (art. 105l al. 2 OAMal). Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'alinéa 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'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (art. 105l al. 3 OAMal).

c) Aux termes de l'article 27 al. 1 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). Cette disposition pose donc une «obligation générale et permanente de renseigner indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées» et concerne les droits et obligations des personnes intéressées. Le devoir de renseignement doit être interprété de manière large. Quant à son contenu, la personne intéressée doit avoir reçu les informations

pour lui permettre, dans un cas particulier, d'effectuer les démarches nécessaires (Longchamp, in :Dupont/Moser-Szeless(éd.), Commentaire romande de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2<sup>e</sup>éd., 2025, p. 493 s., n. 10 ss ad art. 27). Ceci étant, l'obligation de conseiller n'est toutefois pas illimitée. Il ne peut être exigé de l'assureur qu'il fasse preuve d'une attention plus importante que celle qu'on peut exiger de manière générale. Le fait de donner un renseignement suffit. Il ne lui appartient pas de convaincre les personnes qui partent de conceptions erronées (Longchamp, op. cit., p. 497, n. 28 et 29 ad art. 27). Une obligation de conseiller dans un cas spécifique figure encore dans différentes dispositions particulières, telles que l'article 7 al. 2 LAMal. Enfin, l'existence d'un renseignement erroné doit être prouvé ou du moins rendue hautement vraisemblable par celui qui se prévaut du principe de la bonne foi, l'absence de preuve étant défavorable à celui qui veut déduire un droit de l'état de fait non prouvé (Longchamp, op. cit., p. 498 s., n. 33, 35, 40 ad art. 27).

La notion d'«assureurs et[d']organes d'exécution de diverses assurances sociales» de l'article 27 LPGa recouvre tout organe de la branche des assurances sociales, quel que soit son niveau. Cette notion doit être comprise de manière large (Longchamp, op. cit., p. 493, n. 5 ad art. 27).

d) En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a produit plusieurs documents en lien avec Helsana: un document intitulé «Votre offre d'assurance obligatoire des soins (LAMal), valable jusqu'au 08.06.2024» et daté du 8 mai 2024 ; deux courriels du recourant à Helsana datés des 9 octobre et 5 novembre 2024 dans lesquels il demande à cet assureur, respectivement, de lui envoyer «la même offre au prix actuel, si modification il y a» ainsi qu'une actualisation des prix en vue d'une «finalisation pour le 01.01.25». Dans son recours du 5 février 2025, l'intéressé avance qu'il a souscrit une assurance obligatoire des soins auprès de Helsana et cite une référence « 483-VS509 ».

Pour pouvoir valablement changer d'assureur et ne plus être assuré chez l'intimée, le recourant aurait dû fournir à cette dernière une attestation d'assurance du nouvel assureur, ce qu'il n'a pas fait ni ne prétend avoir fait. En effet, le recourant n'a pas fourni l'attestation dont il est question, mais uniquement un document d'offre de la part de Helsana, daté du 8 mai 2024, soit ■ qui plus est ■ hors délai pour procéder à un changement d'assureur pour l'année 2024. Par ailleurs, un tel document proposant exclusivement une offre ne signifie pas encore que l'intéressé soit valablement assuré auprès de cet assureur. Le recourant n'a pas non plus fourni d'éventuelles preuves de paiements attestant qu'il se serait acquitté de primes d'assurance-maladie obligatoire auprès d'un nouvel assureur. Enfin, on relèvera encore que la référence mentionnée, pour la première fois, par le recourant dans son recours du 5 février 2025 ne se retrouve nulle part dans le dossier. Dans ces conditions, c'est à bon droit que Assura a considéré que le recourant n'était pas assuré chez Helsana et a maintenu sa police d'assurance pour l'année 2024.

On relèvera encore que l'intimée a expressément rendu son assuré attentif aux conditions posées par les articles 7 al. 5 et 64a al. 6 LAMal ■ sans toutefois mentionner expressément ces articles ■ dans son courriel du 17 novembre 2023, en précisant que l'affiliation auprès de l'ancien assureur (en l'occurrence l'intimée) ne prend fin que lorsque le nouvel assureur (en l'occurrence, Helsana, comme le prétend le recourant) lui aurait communiqué qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance et à la condition que les primes ou participations en cours, ainsi que les éventuels intérêts moratoires et frais

de poursuite, aient été intégralement acquittés. La Cour de céans ne voit donc pas en quoi l'intimée aurait négligé son devoir d'information selon l'article 27 LPGA, et le recourant ne l'explique pas non plus. Enfin, on ajoutera que quoi qu'il en dise, ce dernier est toujours affilié à Assura à l'heure actuelle et que cette couverture d'assurance, obligatoire selon la LAMal, l'astreint certes à un devoir de paiement de primes, mais lui garantit également une prise en charge des prestations médicales prévues par cette loi.

A toutes fins utiles, la Cour de céans relève que le recourant ne peut s'assurer auprès de lui-même pour l'assurance-maladie obligatoire des soins. En effet, la caisse-maladie doit nécessairement être une personne juridique de droit privé ou public sans but lucratif qui pratique l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 2 al. 1 LSAMal).

4.a) Un assuré touché par une décision prise en application d'un tarif des primes de l'assurance obligatoire des soins dans une situation concrète peut exiger du juge qu'il en contrôle la légalité. Le juge ne saurait toutefois entrer en matière sur les critiques d'ordre général qu'un assuré adresse à l'encontre de sa prime d'assurance ou du système de l'assurance-maladie sociale. Il incombe à l'assuré d'expliquer en quoi la clause tarifaire contestée viole le droit fédéral, étant précisé que le pouvoir d'examen du juge des assurances ne s'étend qu'à la question de savoir si ladite clause a été établie en conformité avec les dispositions légales relatives au financement et à la fixation du montant des primes (ATF 135 V 39 cons. 4.3).

En exigeant que les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins soient dûment vérifiés et approuvés par l'autorité de surveillance (art. 16 LSAMal) ■ soit l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP ; art. 56 LSAMal) ■, le législateur fédéral a expressément érigé une présomption d'adéquation du montant des primes qui ne peut être renversée que si l'assuré apporte la preuve stricte du contraire (ATF 135 V 39 cons. 6.2 ; arrêt du TF du 06.04.2009 [9C\_601/2008] cons. 2). Lorsque la preuve de l'inadéquation des primes est rapportée, la validité d'une prime ne saurait être remise en question que si l'irrégularité constatée présente un degré de gravité certain et laisse clairement apparaître le non-respect des dispositions légales applicables en matière de financement et de fixation des primes (ATF 135 V 39 ; arrêt du TF du 17.10.2018 [9C\_498/2018] cons. 2.2). Compte tenu de l'autonomie dont disposent les assureurs dans la fixation des primes, le juge est appelé en outre à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète (arrêt du TF du 06.04.2009 [9C\_601/2008] cons. 2).

b) En l'espèce, il est difficile d'établir avec précision quels sont les griefs que le recourant formule à l'encontre de sa prime d'assurance-maladie obligatoire. La Cour de céans comprend de ses nombreux courriers qu'il la trouve trop onéreuse et qu'il estime avoir valablement résilié sa police d'assurance auprès de Assura. Or, comme cela a été exposé plus haut, le recourant n'ayant pas souscrit à une nouvelle police d'assurance pour les soins obligatoires auprès d'un autre assureur et, partant, faute d'avoir pu produire une attestation allant en ce sens, il n'a pas résilié valablement son contrat d'assurance auprès de Assura. Il reste par conséquent assuré chez cet assureur. De plus, la critique générale qu'il formule à l'encontre de ses primes est insuffisante pour renverser la présomption d'adéquation des primes qui découle de leur approbation par l'OFSP. Aussi, la Cour de céans n'a pas à entrer en matière sur les objections toutes générales du recourant, s'agissant de ses primes d'assurance-maladie. Mal fondé, ce grief doit également être écarté.

5.a) Il reste à examiner si c'est à juste titre que Assura a rejeté les oppositions du recourant à l'encontre de ses décisions des 28 août et 10 décembre 2024 ainsi que du 11 janvier 2025, par lesquelles elle a levé les oppositions formées, respectivement, aux commandements de payern° [111], n° [222] et n° [333] pour un solde total de 4'609.05 francs (CHF 2'183.45 + CHF 1'214.75 + CHF 1'210.85).

b) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). De leur côté, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire, au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP. Selon l'article 64a LAMal, 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 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur lui annonce les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (art. 79, 1re phrase, LP). L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut donc choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit (ATF 134 III 115 cons. 4.1 ; cf. également arrêt du TF du 16.10.2015 [9C\_414/2015] cons. 4.2.1). Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (art. 79, 2e phrase, LP ; ATF 134 III 115 cons. 4.1.2).

Un retard dans le paiement des primes ne justifie pas à lui seul leur recouvrement par voie de poursuite. Il incombe à l'assureur d'envoyer au préalable une sommation à l'assuré, précédée d'au moins un rappel écrit, puis de lui impartir un délai de 30 jours en l'informant des conséquences d'un retard de paiement (art. 64a LAMal). Il s'agit de conditions préalables obligatoires avant l'introduction d'une poursuite (arrêt du TF du 21.07.2016 [9C\_78/2016] cons. 3.2), et ce même dans les cas particuliers où une telle incombance peut exceptionnellement paraître dénuée de sens par exemple parce que l'assuré refuse le paiement de toute prime pour des questions de principe (ATF 131 V 147 cons. 6.3, dernier paragraphe).

c) En l'espèce, les poursuites requises par Assura et qui ont abouti aux commandements de payer n° [111], n° [222] et n° [333], portent, respectivement, sur les primes de janvier à avril 2024, mai et juin 2024, juillet et août 2024 ainsi que sur des frais de rappel, des frais de sommation et des intérêts, soit un total de 4'609.05 francs, frais de poursuite compris. Il ressort du dossier que l'intimée a dûment envoyé des rappels pour les primes

susmentionnées avant une sommation (mises en demeure des 27.05.2024, 29.07.2024 et 23.09.2024). Assurée ayant respecté les incombances légales réglant la procédure de recouvrement, elle est légitimée à recouvrer par voie de poursuite les primes suscitées. Ainsi, les poursuites sont justifiées pour les primes de janvier à avril 2024, pour celles de mai et juin 2024 et pour celles de juillet et août 2024.

d) A toutes fins utiles, il sied encore de préciser que l'article 64a al. 2 LAMal dont la nouvelle teneur stipule que l'assureur peut poursuivre un assuré au maximum deux fois au cours d'une année civile pour ses propres arriérés, les poursuites pour les créances qui ont déjà fait l'objet d'un acte de défaut de biens ou donné lieu à un titre équivalent n'étant pas comptabilisées n'est en vigueur que depuis le 1er janvier 2025. Or, en l'espèce, les poursuites entreprises par l'intimée ont toutes été entamées en 2024, soit alors que la nouvelle teneur de cette disposition n'était pas encore pertinente. Pour rappel, les commandements de payer des trois poursuites ont tous été notifiés au recourant en 2024.

6.a) Outre la prime convenue contractuellement, une caisse-maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais, qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter, soient imputables à une faute de l'assuré. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés (art. 105b al. 2 OAMal ; ATF 125 V 276 cons. 2c et les réf. cit.). S'agissant des intérêts moratoires, l'article 105a OAMal prescrit qu'ils s'élèvent à 5 % pour les primes échues selon l'article 26 al. 1 LPGA.

b) En l'espèce, l'article 6.3 des conditions générales de l'intimée relatives à l'assurance obligatoire des soins prévoit que l'assuré supporte les frais administratifs de rappel par 10 francs et de sommation par 30 francs. Ces montants paraissent raisonnables et partant admissibles. Ainsi, les montants de

## E. 10

et 30 francs compris dans chacune des poursuites intentées par l'intimée sont justifiés.

S'agissant des intérêts moratoires, les décisions sur opposition attaquées mentionnent des intérêts à 5 % dès les 7 juillet 2024 (poursuite n°[111] ; décision sur opposition du 07.01.2025), 7 septembre 2024 (poursuite n°[222] ; décision sur opposition du 06.01.2025) et 2 novembre 2024 (poursuite n°[333] ; décision sur opposition du 10.02.2025). Selon les chiffres 5.1 et 5.2 des conditions générales de l'intimée, les primes sont payables d'avance aux échéances convenues ; les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5 % par année. Dès lors que la date du 7 juillet 2024 est postérieure à l'échéance des primes de janvier à avril 2024, que la date du 7 septembre 2024 l'est par rapport aux primes de mai et juin 2024 et que la date du 2 novembre 2024 est, quant à elle, ultérieure à l'échéance des primes de juillet et août 2024, les intérêts moratoires, à hauteur de 5 %, à compter des dates mentionnées ne prêtent nullement le flanc à la critique.

En ce qui concerne les frais de poursuite, ceux-ci s'ajoutent au solde du montant mis en poursuite. En effet, les frais de la poursuite sont à la charge du poursuivi, bien qu'ils doivent être avancés par le poursuivant (art. 68 LP). Dès lors que les frais de la poursuite suivent le sort de la poursuite (arrêt du TF du 01.09.2006 [K 88/05] cons. 5 ; RJN1982, p. 290, cons. 2), il n'y a pas lieu de se prononcer séparément à leur sujet.

7. Il découle des considérants qui précèdent que les recours doivent être rejetés, les poursuites n° [111], n° [222] et n° [333] étant valables. Les décisions sur opposition des 6, 7 janvier et 10 février 2025 sont confirmées. Il est statué sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGAa contrario). Quant à l'intimée, celle-ci ne peut pas non plus prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGAa contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Prononce la jonction des causes concernant les recours des 5 et 25 février 2025 déposés par A. \_\_\_\_\_.

2. Rejette les recours.

3. Statue sans frais.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 20 novembre 2025

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