

## VD\_FINDINFO AM 8/11 - 34/2012 vom 25. Mai 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-05-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_8\\_11\\_-\\_34\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_8_11_-_34_2012)

FR: VD\_FINDINFO AM 8/11 - 34/2012 du 25 mai 2012

IT: VD\_FINDINFO AM 8/11 - 34/2012 del 25 maggio 2012

### Regeste

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, DÉLAI DE RÉSILIATION, CHANGEMENT DE L'ASSUREUR-MALADIE, OBLIGATION DE COTISER, FRAIS ADMINISTRATIFS, INTÉRÊT MORATOIRE | 64a LAMal, 7 LAMal, 26 al. 1 LPGa, 105a OAMal, 105b OAMal

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.05.2012 AM 8/11 - 34/2012

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, DÉLAI DE RÉSILIATION, CHANGEMENT DE L'ASSUREUR-MALADIE, OBLIGATION DE COTISER, FRAIS ADMINISTRATIFS, INTÉRÊT MORATOIRE | 64a LAMal, 7 LAMal, 26 al. 1 LPGa, 105a OAMal, 105b OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 8/11 - 34/2012 ZE11.010634 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 25 mai 2012

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Métral, juge unique Greffière :  
Mme Pradervand \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, et La Caisse G. \_\_\_\_\_, à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 7 et 64a LAMal; 105a, 105b, 105d OAMal  
E n f a i t : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1976, était assuré, pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident, par La Caisse G. \_\_\_\_\_ (ci-après: la caisse). Le 28 novembre 2008, il a remis à la Poste suisse une lettre adressée à la caisse par laquelle il déclarait vouloir résilier son contrat au 31 décembre 2008, en précisant que son nouvel assureur (Y. \_\_\_\_\_) devait avoir pris contact avec elle depuis fort longtemps, puisqu'il y était affilié depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. A réception de ce courrier, la caisse y a apposé le timbre humide «Reçu le 1<sup>er</sup> déc. 2008 Service courrier». Le 16 janvier 2009, la caisse a informé l'assuré du fait que la résiliation lui était parvenue tardivement, de sorte qu'elle ne pourrait être enregistrée qu'au 31 décembre 2009, après réception d'une attestation établie par un nouvel assureur. Par décision et décision sur opposition des 10 juillet et 31 août 2009, la caisse a exigé de A. \_\_\_\_\_ le paiement d'un montant de 2'271 fr. 80 correspondant à des primes impayées pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2009 et qui avaient fait l'objet d'une procédure de sommation. La caisse a également levé l'opposition de l'assuré à un commandement de payer qui lui avait été notifié pour l'encaissement de cette créance. A. \_\_\_\_\_ a déféré la cause au Tribunal cantonal, qui a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition du 31 août 2009, par jugement du 23 février 2011. Le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré contre ce jugement. Entre-temps, La Caisse G. \_\_\_\_\_ a envoyé une facture de 2'161 fr. 80 concernant les primes pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2009. Cette facture a fait l'objet d'un rappel le 20 juillet 2009, pour un montant de 2'171 fr. 80, frais de rappel inclus. Le 20 août 2009, la caisse a procédé à une sommation

pour les primes relatives à la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2009, pour un montant total de 2'191 fr. 80, frais de sommation de 30 fr. inclus. Le 13 mars 2010, sur requête de La Caisse G. \_\_\_\_\_, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à l'assuré un commandement de payer un montant de 2'161 fr. 80, avec intérêts à 5% dès le 18 février 2010, auquel s'ajoutaient des frais de sommation de 30 fr. et des frais d'ouverture de dossier de 80 fr. (poursuite no [...]). A. \_\_\_\_\_ a fait opposition. Par décision du 26 mars 2010 et décision sur opposition du 15 février 2011, La Caisse G. \_\_\_\_\_ a levé l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer qui lui avait été notifié dans la poursuite no [...]. La décision sur opposition précise dans sa motivation que le détail du montant dû comprend 2'161 fr. 80 pour les primes de juillet à décembre 2009, 80 fr. de frais d'ouverture de dossier, 30 fr. de frais de sommation et 88 fr. de «frais de l'office connus à ce jour» (soit un total de 2'359 fr. 80). B. Par acte du 15 mars 2011, A. \_\_\_\_\_ défère la décision sur opposition du 15 février 2011 au Tribunal cantonal. Comme dans son précédent recours contre la décision sur opposition du 31 août 2009, il allègue que l'année 2009 représente la quatrième année consécutive pour laquelle la caisse intimée tente de lui faire payer des primes d'assurance alors qu'il est assuré depuis bien longtemps auprès d'une autre assurance (Y. \_\_\_\_\_, puis O. \_\_\_\_\_). Dans ses conclusions, il demande sa radiation de la liste des clients du S. \_\_\_\_\_, le constat de l'absence de créance de l'intimée à son égard et la condamnation de l'intimée au remboursement des primes qu'il a payées pendant les six dernières années. Dans sa réponse du 7 juillet 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée et à ce que le recourant soit débouté de toute autre ou contraire conclusion. Elle soutient que la résiliation du contrat d'assurance pour l'année 2009 est tardive et qu'aucune confirmation du nouvel assureur, relative à l'affiliation de l'assuré pour 2009, ne lui est parvenue. Le recourant a maintenu ses conclusions par acte du 5 septembre 2011 en soutenant que son affiliation à La Caisse G. \_\_\_\_\_ avait pris fin le 31 décembre 2006 déjà. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 a. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés par la caisse intimée, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision; dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé; le juge

n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les références; TF 8C\_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2; cf. également art. 56 ss LPGA, 93 LPA-VD). b) Dans le cas présent, le recourant demande, en substance, l'annulation de la décision sur opposition du 15 février 2011 et la constatation que les montants réclamés par la caisse intimée ne sont pas dus. Il demande ensuite le remboursement des primes payées lors des dernières années et, enfin, qu'il soit radié de la liste des assurés de l'intimée. Ces deux dernières conclusions portent sur des points qui ne font pas l'objet de la décision administrative litigieuse et qui ne sont donc pas recevables dans la présente procédure de recours. Tout au plus est-il possible pour le tribunal de constater, à titre préjudiciel, que le recourant était ou n'était pas affilié à l'intimée en 2009, dans la mesure où la réponse à cette question est un préalable nécessaire à l'examen de la créance litigieuse. 3. a) Selon l'art. 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. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (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, 1<sup>ère</sup> phrase). Selon la jurisprudence, la déclaration de volonté par laquelle un assuré démissionne d'une caisse-maladie est un acte juridique unilatéral produisant ses effets indépendamment du consentement de l'assureur. La résiliation du contrat est un acte formateur (résolutoire) soumis à réception (ATF 126 V 480 consid. 2d; TFA K 148/05 du 25 août 2006 consid. 4.2; TFA K 105/02 du 28 février 2003 consid. 4.1 et les références citées). b) Selon l'art. 64a LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 445 et les références), lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 1). En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 4, 1<sup>ère</sup> phrase). Le Conseil fédéral fixe les modalités d'encaissement et la procédure de rappel, et règle les conséquences d'un retard de paiement (al. 5). Selon l'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 445 cité), les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, il doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai impartit, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de

l'assuré (al. 3). L'art. 105d OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105b al. 1 OAMal. 4. En l'espèce, est litigieuse la créance de l'intimée pour les primes d'assurance dues pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2009, ainsi que pour les frais en résultant. a) Le recourant expose avoir tenté plusieurs années de suite de résilier son contrat d'affiliation avec l'intimée. Cette argumentation avait déjà été présentée dans le recours qui a donné lieu au jugement du 23 février 2011 entre les mêmes parties, dans la cause AM 55/09. A l'époque, le tribunal avait déjà constaté que le recourant n'avait produit aucune lettre de résiliation qu'il aurait adressée à la caisse dans le délai légal (art. 7 LAMal), ni aucune attestation d'affiliation à une autre institution pour la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident. Rien au dossier ne permettait de considérer que le contrat le liant à l'intimée avait été résilié valablement avant la fin de l'année 2008. Le même constat doit être posé dans la présente procédure, le recourant ne produisant pas davantage de preuve de ses allégations. Le contrat est donc resté valable pour l'année 2009, faute pour l'assuré d'avoir fait parvenir une résiliation à l'intimée avant le 30 novembre 2008, d'une part, et en l'absence de toute attestation d'assurance auprès d'une autre assurance-maladie, d'autre part. Par ailleurs, le contrat n'a pas pu être résilié entre le premier et le deuxième semestre de l'année 2009, compte tenu des cotisations en souffrance pour le premier semestre 2009, qui avaient fait l'objet d'une procédure de sommation le 19 février 2009. b) Compte tenu de ce qui précède, les primes litigieuses – s'élevant à 2'161 fr. 80 – sont dues par le recourant, avec l'intérêt à 5% demandé par l'intimée (art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal), à compter du 18 février 2010. Ces primes ont fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que le recourant invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'il doit également supporter les frais administratifs qu'il a occasionnés (art. 105b al. 3 OAMal et art. 3 al. 1 des «Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal» [conditions générales applicables au contrat]). Ceux-ci se composent des frais d'ouverture de dossier par 80 fr. et des frais de sommation par 30 fr. Dans ce sens, l'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] sera levée définitivement. 5. a) Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaire ni d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPGA, 45 et 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 15 février 2011 par La Caisse G. \_\_\_\_\_ est confirmée et A. \_\_\_\_\_ est condamné au paiement de 2'271 fr. 80 (deux mille deux cent septante et un francs et huitante centimes), dont 2'168 fr. 80 (deux mille cent soixante-huit francs et huitante centimes) avec intérêt à 5% (cinq pour cent) l'an dès le 18 février 2010. III. L'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] du district de [...] est définitivement levée. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ M. A. \_\_\_\_\_, ■ La Caisse G. \_\_\_\_\_, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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