

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 368 vom 28. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2018\\_\\_368](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__368)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 368 du 28 mai 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 368 del 28 maggio 2018

### Regeste

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, OBLIGATION DE COTISER, DETTE DE COTISATION, MAINTIEN DU CONTRAT | 64a al. 6 LAMal

### Erwägungen

#### E. 28

mai 2018 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président M. Neu et Mme Dessaux, juges Greffière : Mme Laurency \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, et L. \_\_\_\_\_ SA , à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 64 a al. 6 LAMal E n f a i t : A. M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) s'est affilié à L. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : L. \_\_\_\_\_ SA ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins à partir du 1 er février 2011. Il n'a toutefois plus payé ses primes d'assurance dès le mois de janvier 2013. Par un courrier non daté, réceptionné le 13 septembre 2013, l'assuré a résilié son contrat auprès de L. \_\_\_\_\_ SA pour le 31 décembre 2013. L. \_\_\_\_\_ SA a accusé réception du courrier de résiliation et précisé ce qui suit dans une lettre du 17 septembre 2013 : La résiliation de votre assurance obligatoire des soins sera effective à condition que vous vous soyez acquitté(e) de l'intégralité de vos primes ou de vos éventuelles participations aux coûts, ainsi que des intérêts moratoires et frais de poursuites qui pourraient en découler avant l'échéance précitée (Art. 64a al. 6 LAMal). A défaut, votre affiliation à l'assurance obligatoire des soins sera maintenue. Dans l'intervalle, une partie des dettes a été recouvrée par la voie des poursuites. Un nouveau courrier a été adressé à l'assuré le 31 janvier 2014, ayant la teneur suivante : La caisse maladie U. \_\_\_\_\_ SA nous a confirmé votre récente affiliation. Toutefois, l'acceptation de votre démission auprès de notre caisse est soumise aux conditions suivantes, à savoir la délivrance d'une attestation par votre nouvel assureur et le paiement de l'intégralité des primes ou des participations aux coûts arriérés ainsi que des intérêts moratoires et frais de poursuite relatifs à l'assurance obligatoire des soins, par l'assuré. Malheureusement, il apparaît que vous ne vous êtes pas acquitté(e) de l'intégralité de vos primes ou participations aux coûts arriérés. Par conséquent, il ne nous est pas possible d'accepter votre demande de résiliation de votre assurance obligatoire des soins. Celle-ci pourrait être acceptée au prochain terme prévu à l'article 7 alinéa 1 et 2 de la loi sur l'assurance-maladie LAMal sur présentation d'une nouvelle lettre de résiliation. Par décision du 26 avril 2017, confirmée sur opposition le 21 août 2017, L. \_\_\_\_\_ SA a formellement constaté qu'en raison des primes impayées au 31 décembre 2013, elle avait été contrainte de maintenir l'affiliation de l'assuré pour l'année 2014. B. Par acte du 19 septembre 2017, transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le

#### E. 30

octobre 2017 comme objet de sa compétence et complété par écriture du 22 novembre 2017, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant à la résiliation de sa couverture d'assurance auprès de L. \_\_\_\_\_ SA et à l'annulation des poursuites à son encontre. L'assuré relevait tout d'abord que son intention n'était pas d'aller devant un tribunal ; il voulait seulement résilier son contrat. Il reprochait à L. \_\_\_\_\_ SA d'avoir maintenu l'affiliation à l'assurance alors que toutes les primes avaient été payées par voie de poursuites. Selon l'assuré, à la fin des paiements obligatoires pour 2013 et 2014, le contrat aurait dû être résilié. De son point de vue, en maintenant la couverture pour les années suivantes, L. \_\_\_\_\_ SA avait violé la loi et le libre choix d'affiliation à une caisse maladie. Il mentionnait à cet égard une règle imposant une résiliation du contrat dans les 60 ou 90 jours en cas de non-paiement des primes. L'assuré réclamait aussi le remboursement d'un montant de 4'997 fr. 55 à titre de sommes payées en trop pour les primes à partir de janvier 2015. Il faisait valoir qu'il ne devait plus rien à L. \_\_\_\_\_ SA et évoquait un montant investi dans le troisième pilier, non restitué par la société. Dans sa réponse du 8 février 2018, L. \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours et indiqué que la couverture d'assurance avait dû être maintenue conformément aux dispositions légales, l'assuré n'ayant plus payé de prime depuis 2013. Le contrat ne pouvait ainsi pas être résilié vu les arriérés accumulés. Concernant la somme réclamée par l'assuré, L. \_\_\_\_\_ SA a rappelé le solde ouvert en sa faveur de 12'509 fr. 50 au

### **E. 31**

janvier 2018, excluant tout montant à rembourser à l'assuré. Elle a en outre souligné qu'elle ne proposait pas d'assurance-vie et produit, entre autres pièces, un relevé de compte au 31 janvier 2018, dont il ressortait notamment que les arriérés de primes relatives à l'année 2013 avaient fini d'être remboursés en 2016. Les parties se sont encore déterminées par réplique du 23 février 2018, respectivement duplique du 12 mars 2018, en réitérant les arguments déjà invoqués. Le 10 avril 2018, l'assuré a transmis un courrier du même jour adressé à L. \_\_\_\_\_ SA, demandant à nouveau la résiliation de son contrat. C. Selon le relevé de compte au 31 janvier 2018, le solde des primes dues par l'assuré était de 12'509 fr. 50. **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, sous réserve de dérogations expresses (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). b) La seule question que le Tribunal cantonal peut examiner porte sur la question de savoir si L. \_\_\_\_\_ SA était en droit de refuser la résiliation par le recourant

des rapports d'assurance-maladie obligatoire. c) Dans la mesure où la décision de L. \_\_\_\_\_ SA ne porte pas sur cette question, le Tribunal cantonal ne doit pas examiner la question du remboursement éventuel de la somme de 4'997 fr. 55. Il en va de même d'un éventuel problème lié à la prévoyance liée (troisième pilier) du recourant. La prévoyance liée ne relève pas du contrat avec L. \_\_\_\_\_ SA. Ce domaine d'assurance est en effet géré par une autre société du groupe [...], à savoir [...]. Il y a lieu de s'adresser à cette société pour toute demande à ce sujet. 3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal ; ATF 129 V 159 consid. 2.1 ; 126 V 265 consid. 3b et la référence citée). 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). b) Aux termes de l'art. 7 LAMaI, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). 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, première phrase). c) Selon l'art. 64 a al. 1 LAMaI, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, première phrase). En dérogation à l'art. 7 LAMaI, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase). d) L'art. 105 I al. 1 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102] prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64 a al. 6 LAMaI dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105 b al. 1 OAMal, qui doit être précédée d'un rappel écrit au moins (art. 64 a al. 1 LAMal ; à propos des deux mesures que doit adopter l'assureur en cas de non-paiement de primes et de participations aux coûts, cf. Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 28 août 2009 concernant l'Initiative parlementaire Article 64 a LAMal et primes non payées, FF 2009 5973, p. 5976 ch. 3 ad art. 64 a al. 1). Selon la jurisprudence, en présence de sommations prématurées – ou à défaut de sommation – l'assuré ne peut pas être considéré comme "en retard de paiement" au sens de l'art. 64 a al. 6 LAMal en relation avec l'art. 105 I OAMal (arrêt 9C\_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.2 et la référence citée). Il découle de la disposition légale mentionnée en relation avec l'art. 105 I al. 2 OAMal que la sommation doit avoir été notifiée à l'assuré un mois avant l'échéance du délai de résiliation, pour que la conséquence prévue par la loi – l'impossibilité de changer d'assureur – puisse intervenir ; une sommation postérieure ne peut pas empêcher le changement d'assureur (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in *Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, p. 457, n° 168). L'assuré doit alors s'acquitter de la prime impayée, mais n'est pas tenu à d'autres obligations contractuelles à l'égard de l'assureur (arrêt 9C\_51/2016 précitée consid. 4.3 et la référence citée). e) En matière d'assurance obligatoire de soins, les assureurs ne sont pas libres de choisir de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts, mais ils sont bien au contraire obligés

de le faire au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 5 let. f LSAMal [loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]). 4. a) Dans le cas présent, le recourant a envoyé sa lettre de résiliation pour la fin de l'année 2013 dans le délai prévu par la loi. L.\_\_\_\_\_ SA l'a toutefois informé par courrier du 17 septembre 2013 que la résiliation ne pouvait être effective que si toutes les primes, les intérêts moratoires et les frais de poursuite étaient payés d'ici au 31 décembre 2013. Or, le recourant n'a pas respecté cette date. Dans la mesure où des primes relatives à l'année 2013 étaient encore dues à ce moment-là, la résiliation demandée à la fin de l'année 2013 n'était pas valable. b) Le recourant estime cependant qu'une fois tous les montants payés pour 2013 et 2014, la résiliation aurait dû intervenir. Ce raisonnement ne peut toutefois être suivi. L'absence de validité de la résiliation demandée par le recourant à la fin de l'année 2013 a eu pour effet que le contrat liant le recourant et L.\_\_\_\_\_ SA s'est prolongé, avec pour conséquence la poursuite de l'obligation pour le recourant de payer ses primes d'assurance-maladie auprès de L.\_\_\_\_\_ SA. Ainsi qu'on l'a vu, la loi ne permet à un assuré de demander la résiliation de son contrat que s'il s'est acquitté de l'entier des primes qu'il doit à son assureur. Or il ressort des relevés de compte établis par L.\_\_\_\_\_ SA que le recourant n'est jamais parvenu à payer la totalité de ses arriérés de primes ; au contraire, les arriérés se sont accumulés bien au-delà des années 2013 et 2014 pour s'élever à 12'509 fr. 50 au 31 janvier 2018. Aussi longtemps que le recourant ne se sera pas acquitté de l'entier de ses arriérés auprès de L.\_\_\_\_\_ SA, il ne lui sera pas possible de changer d'assurance. c) Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas d'autre article de loi applicable à la situation. En particulier, L.\_\_\_\_\_ SA n'a aucune obligation de résilier le contrat dans un délai de 60 ou 90 jours en cas de non-paiement des primes. La loi prévoit expressément le maintien de l'affiliation en cas de non-paiement des primes. d) Au vu de ce qui précède, L.\_\_\_\_\_ SA n'a pas violé le droit fédéral en refusant de résilier le contrat d'assurance-maladie obligatoire du recourant. 5. A toutes fins utiles, il est précisé à l'intention du recourant, qui présente visiblement des difficultés financières en lien avec le paiement de ses primes d'assurance-maladie, qu'il a la possibilité de requérir l'octroi de subsides auprès de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) pour financer une partie ou la totalité de ses primes. 6. a) En définitive, le recours mal fondé doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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