

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1092 vom 12. Januar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-01-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_1092](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__1092)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1092 du 12 janvier 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1092 del 12 gennaio 2021

### Regeste

OBJET DU LITIGE, PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, CHANGEMENT DE CAISSE, AFFILIATION AUX CAISSES, DÉBUT, PAIEMENT, ABSENCE | 7 LAMal, 78 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.01.2021 Arrêt / 2020 / 1092

OBJET DU LITIGE, PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, CHANGEMENT DE CAISSE, AFFILIATION AUX CAISSES, DÉBUT, PAIEMENT, ABSENCE | 7 LAMal, 78 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 27/20 - 3/2021 ZE20.024817 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 12 janvier

2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel , présidente Mme Pasche, juge et M. Riesen, assesseur Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Z. \_\_\_\_\_ , à Y. \_\_\_\_\_, recourant, et MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA , à Martigny (VS), intimée. \_\_\_\_\_ Art. 7 al. 6 LAMal E n f a i t : A. a) Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, s'est affilié à Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel Assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins à partir du 1 er janvier 2002. Par courrier recommandé du 29 novembre 2017, réceptionné le 30 novembre 2017, Z. \_\_\_\_\_ a résilié son contrat auprès de Mutuel Assurance pour le 31 décembre 2017. Mutuel Assurance a accusé réception du courrier de résiliation et précisé ce qui suit dans une lettre du 11 décembre 2017 : « Un changement d'assureur n'est possible qu'après paiement, avant l'échéance précitée [31 décembre 2017], de l'intégralité des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites inhérents, conformément à l'article 64 a alinéa 6 LAMal. » Un nouveau courrier a été adressé à l'assuré le 12 février 2018, ayant la teneur suivante : « La caisse maladie E. \_\_\_\_\_ assurance maladie et accident 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 par l'article 7 alinéa 1 et 2 de la loi sur l'assurance-maladie LAMal sur présentation d'une nouvelle lettre de résiliation. » Dans un courrier daté du même jour, Mutuel Assurance a informé E. \_\_\_\_\_, nouvel assureur-maladie, qu'elle était contrainte de maintenir en vigueur la couverture d'assurance obligatoire des soins de Z. \_\_\_\_\_ en raison d'arriérés de paiement. E. \_\_\_\_\_ a donc procédé à l'annulation du contrat conclu par l'assuré

(courrier du 16 mars 2018). b) Le 29 mai 2019, Mutuel Assurance a indiqué à Z. \_\_\_\_\_ qu'elle avait une nouvelle fois analysé sa demande de résiliation et qu'elle l'acceptait exceptionnellement pour le 31 décembre 2017, avisant E. \_\_\_\_\_ par courrier du même jour afin qu'elle procède à l'affiliation de l'assuré rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Par pli du 19 juin 2019 adressé à Mutuel Assurance, E. \_\_\_\_\_ s'est exprimée en ces termes : « Nous nous référons à votre courrier du 29 mai 2019, par lequel vous nous faites savoir que la résiliation du contrat d'assurance obligatoire des soins (LAMal) de la personne susnommée a finalement été acceptée au 31 décembre 2017, sans toutefois nous indiquer les motifs de cette nouvelle décision. Nous nous permettons de vous rappeler que son affiliation a été annulée auprès de notre caisse-maladie au 1<sup>er</sup> janvier 2018, à la suite de votre courrier du 12 février 2018 qui confirmait le maintien de son contrat auprès de votre société, en application de l'article 64 a, al. 6 LAMal. A ce propos, nous vous informons que l'affiliation rétroactive à l'assurance-maladie de base ne peut avoir lieu que lorsque l'assuré se trouve dans un cas d'application de l'article 5, al. 1 LAMal. Lorsqu'un assuré est empêché de changer d'assureur pour un motif qui s'avère finalement erroné, le changement d'assureur ne peut intervenir que le premier jour du mois qui suit l'annulation de cet empêchement. L'ancien assureur doit alors réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (FF 199 727, p. 767ss et ATF K 137/01 du 15 juillet 2002). L'affiliation rétroactive ne peut en tout pas être mise à la charge du nouvel assureur. Dans ces circonstances, nous serions disposés à affilier Monsieur Z. \_\_\_\_\_ avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2019, soit au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant votre communication rectificative, à la condition toutefois que vous nous confirmiez la résiliation de son contrat d'assurance obligatoire des soins auprès de votre société pour le 31 mai 2019. » Dans le cadre d'un échange nourri de correspondances entre E. \_\_\_\_\_ et Mutuel Assurance quant à la couverture d'assurance obligatoire des soins de Z. \_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, Mutuel Assurance a notamment expliqué que c'était à tort qu'elle avait refusé la résiliation de l'assurance obligatoire des soins pour le 31 décembre 2017 en invoquant l'art. 64 a LAMal (courrier du 21 octobre 2019). Le 4 décembre 2019, Mutuel Assurance a écrit à l'assuré un courrier libellé comme suit : « Après analyse détaillée de votre contrat d'assurance et suite à l'arrangement convenu avec la caisse E. \_\_\_\_\_, nous vous communiquons les informations suivantes. Au préalable, nous déplorons les désagréments survenus dans la gestion de votre demande de résiliation, et vous adressons, à cet effet, toutes nos excuses. Votre assurance obligatoire des soins ayant été maintenue à tort auprès de notre caisse à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, nous vous confirmons que la différence de primes entre Mutuel Assurance Maladie SA et E. \_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019 sera prise à notre charge, en vertu de l'article 7 alinéa 6 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Votre contrat d'assurance est ainsi résilié au 31 mai 2019 auprès de notre caisse, conformément à notre courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2019. Afin de pallier à toute interruption de votre couverture d'assurance, celle-ci est donc entrée en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juin 2019 auprès de la caisse E. \_\_\_\_\_. » Était joint à cette lettre un décompte par lequel Mutuel Assurance réclamait à l'assuré le paiement d'un montant de 4'615 fr. 90 correspondant aux primes dues pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 mai 2019. Il était tenu compte de la différence de primes avec E. \_\_\_\_\_, soit 3'511 fr. 10 en faveur de l'assuré. Par courrier du 29 janvier 2020, Z. \_\_\_\_\_ a fait état de son mécontentement quant à la manière dont son dossier avait été traité. c) Par décision du 19 février 2020, Mutuel Assurance a réclamé à Z. \_\_\_\_\_ le paiement d'un montant de 4'615 fr. 90 correspondant aux primes dues pour la période

comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 mai 2019. Elle a retenu que, pour l'année 2008, une garantie de paiement lui était parvenue de son canton de domicile. De ce fait aucune poursuite n'avait été engagée en raison du non-paiement des primes des mois d'août à décembre 2008 par 1'215 fr. 50 (5 x 243 fr. 10) ainsi que d'un décompte de participations par 174 fr. 25. En présence de créances soumises en garantie auprès du canton, elle pouvait renoncer à l'application de l'art. 64 a al. 6 LAMal. C'est pourquoi, suite aux premiers courriers de l'assuré contestant le maintien de l'affiliation auprès de Mutuel Assurance, une demande de ré-affiliation au 1<sup>er</sup> janvier 2018 avait été effectuée par cette dernière auprès de la caisse E. \_\_\_\_\_. Se fondant notamment sur un arrêt du Tribunal fédéral, celle-ci avait rejeté cette demande en indiquant que l'affiliation auprès d'elle ne pouvait être effective qu'à compter du 1<sup>er</sup> juin 2019 ce qui signifiait que l'assurance obligatoire des soins était résiliée auprès de Mutuel Assurance au 31 mai 2019. L'assuré devait ainsi s'acquitter auprès d'elle des primes d'assurance dues pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019. Mutuel Assurance a encore précisé que, dans la mesure où le changement d'assureur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 avait été rendu impossible de son propre fait, elle prenait à sa charge le dommage en résultant pour l'assuré, soit la différence de primes entre Mutuel Assurance et E. \_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019. Au surplus, le montant dû tenait compte du fait qu'aucune prime n'avait été payée au titre de l'assurance obligatoire des soins pour la période précitée. Le 20 mars 2020, Z. \_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision. Pour l'essentiel, il a expliqué qu'il était valablement assuré auprès d'E. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et que la situation actuelle était imputable aux erreurs de Mutuel Assurance, ce que cette dernière avait au demeurant reconnu. En conséquence, l'assuré a déclaré qu'il refusait de s'acquitter du montant réclamé. Par décision sur opposition du 28 mai 2020, Mutuel Assurance a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a rappelé que le changement d'assureur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 n'avait pas été possible en raison d'une erreur de sa part. Comme E. \_\_\_\_\_ avait refusé de réactiver le contrat au 1<sup>er</sup> janvier 2018, elle s'était vue contrainte de maintenir l'affiliation auprès d'elle. Elle a souligné que l'assuré ne pouvait invoquer un quelconque préjudice financier dans la mesure où elle l'avait réparé puisqu'elle avait pris à sa charge la différence de primes entre elle-même et E. \_\_\_\_\_ par 3'511 fr. 10 du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019. Il restait ainsi un montant ouvert de primes maladie en sa faveur de 4'615 fr. 90 pour la période précitée. B. a) Par acte du 29 juin 2020, Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 28 mai 2020. Il a répété que Mutuel Assurance avait commis une erreur en refusant son affiliation auprès d'E. \_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, ce qu'elle avait au demeurant admis. Dès lors, il refusait de s'acquitter des primes dues, considérant qu'il était valablement assuré auprès d'E. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et que, partant, il n'était pas responsable de cette situation lui ayant au demeurant causé nombre de contrariétés diverses. Fort de ces éléments, l'assuré a pris les conclusions suivantes : « - Il ne m'est rien demandé de payer rétroactivement jusqu'au 31 décembre 2019. - Le Groupe Mutuel s'arrange ou s'acquitte auprès d'E. \_\_\_\_\_ du manque à gagner qu'il leur a fait subir sans même parler de tout le travail qu'à cause de lui E. \_\_\_\_\_ a eu ou il active son assurance RC couverture fautes professionnelles. - Il ne m'est pas demandé de frais. Tous éventuels frais doivent être mis à la charge du Groupe Mutuel. - L'allocation d'une indemnité pour les dommages et les torts que j'ai subis pendant ces 2 ans et demi est laissée à l'appréciation de votre Autorité. » b) Dans sa réponse du 19 août 2020, Mutuel Assurance a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé que toute personne domiciliée en Suisse était tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie, elle a exposé que le changement

d'assureur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 n'avait pas été possible en raison d'une erreur de sa part. Le 29 mai 2019, elle avait prié E. \_\_\_\_\_ de procéder à l'affiliation de Z. \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> janvier 2018, ce qu'elle avait refusé. Elle avait en revanche accepté de l'affilier à compter du 1<sup>er</sup> juin 2019, soit dès le premier jour du mois suivant la communication rectificative de Mutuel Assurance. Dès lors, cette dernière s'était vue contrainte de maintenir l'affiliation de l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019 afin d'éviter toute interruption de la protection d'assurance. En vue de réparer le dommage résultant de l'impossibilité de l'intéressé de changer d'assureur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, elle avait pris à sa charge la différence entre le montant de ses primes et celles d'E. \_\_\_\_\_ pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019, soit un montant de 3'511 fr. 10. Dans la mesure où Mutuel Assurance se devait de maintenir une couverture d'assurance durant cette période, l'assuré était tenu de s'acquitter du montant de 4'615 fr. 90 correspondant aux primes dues pour la période précitée. S'agissant des dommages invoqués par l'assuré, Mutuel Assurance a relevé qu'il n'avait pas qualité pour formuler une demande de dédommagement en faveur d'E. \_\_\_\_\_, celle-ci n'ayant du reste jamais transmis de demande de réparation à Mutuel Assurance faute d'avoir subi de dommage. Par ailleurs, l'assuré n'avait pas non plus adressé de demande d'indemnité pour les dommages et les torts qu'il prétendait avoir subis pendant deux et demi, de sorte qu'il fallait rejeter cette demande. Au demeurant, il n'avait pas transmis de quittance, de note de frais détaillée ou tout autre justificatif valable à l'appui de ses prétentions. Au sujet d'une éventuelle réparation du tort moral invoqué, Mutuel Assurance a indiqué qu'aucun dommage n'avait été causé illicitement à l'assuré. Le seul dommage consistait en la différence de prime dont elle avait pris en charge l'intégralité. c) Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, Z. \_\_\_\_\_ a transmis à la Cour de céans trois commandements de payer dont deux se rapportaient à des primes impayées de l'assurance obligatoire des soins pour la période de juin 2018 à juin 2020, le troisième concernant des primes de l'assurance complémentaire. d) Le 9 novembre 2020, Z. \_\_\_\_\_ a produit une liasse de documents incluant des factures de primes établies par Mutuel Assurance pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mai 2019, des rappels, des sommations ainsi que quatre commandements de payer établis pour non-paiement des primes de l'assurance-obligatoire de soins pour l'année 2018. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Le présent

litige, circonscrit par la décision attaquée – savoir la décision sur opposition du 28 mai 2020 – porte sur la durée de l’affiliation de l’assuré et sur la demande de paiement de primes rétroactives. c) Le recourant demande l’allocation d’une indemnité pour les dommages et les torts subis. aa) La prétention en responsabilité du recourant à l’encontre de l’intimée se fonde sur l’art. 78 LPGA. Aux termes de cette disposition, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l’activité des organes d’exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d’exécution ou par leur personnel (al. 1) ; l’autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). La responsabilité instituée par l’art. 78 LPGA – qui suppose l’existence d’un acte illicite, d’un dommage et d’un lien de causalité entre l’acte illicite et le dommage (cf. Alexis Overney, in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n os 18 ss ad art. 78, pp. 962 ss) – est subsidiaire en ce sens qu’elle ne peut intervenir que si la prétention invoquée ne peut pas être obtenue par les procédures administrative et judiciaire ordinaires en matière d’assurances sociales ou en l’absence d’une norme spéciale de responsabilité du droit des assurances sociales, (Overney, op. cit., n° 4 ad art. 78, p. 959) ; elle suppose qu’une personne assurée ou un tiers ait subi un dommage ; la demande doit par ailleurs être présentée à l’assureur compétent (art. 78 a LAMal), qui se prononce ensuite par une décision (ATF 133 V 14 consid. 5 ; TF 9C\_214/2017 du 2 février 2018 consid. 3.1). bb) Dans la mesure où le recourant entend réclamer à Mutuel Assurance une indemnité sur la base de l’art. 78 LPGA, il lui appartient de saisir cette autorité d’une demande en réparation sur laquelle l’intimée statuera par voie de décision, conformément aux art. 78 al. 2 LPGA et 78 a LAMal (cf. par exemple ATF 133 V 14 lettre A et TF 9C\_214/2017 précité). A ce stade, faute de décision de l’intimée sur une demande de réparation, la Cour de céans ne saurait statuer sur la question d’une éventuelle réparation du dommage selon l’art. 78 LPGA et les conclusions prises en ce sens par le recourant ne peuvent qu’être déclarées irrecevables. d) Il en va de même de la conclusion du recourant tendant à la réparation du dommage subi par E.\_\_\_\_\_. Outre que la décision attaquée ne porte pas sur cette question (cf. considérant 2b ci-dessus), le recourant n’a pas non plus qualité pour agir en faveur d’E.\_\_\_\_\_. En effet, la procédure en responsabilité instituée par l’art. 78 LPGA suppose qu’une demande en réparation soit présentée à l’autorité compétente par la personne assurée ou, le cas échéant, par le tiers qui a subi un dommage (cf. Overney, op. cit., n° 55 ad art. 78, p. 971). 3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l’assurance-maladie obligatoire pour l’ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi l’art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l’obligation d’assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. b) L’assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d’assureur pour la fin d’un semestre d’une année civile (art. 7 al. 1 LAMal). 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 (art. 7 al. 2, première phrase, LAMal). L’affiliation auprès de l’ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu’il assure l’intéressé sans interruption de la protection d’assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l’assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l’ancien assureur informe l’intéressé de la date à partir de laquelle il ne l’assure plus (art. 7 al. 5 LAMal). Lorsque le changement d’assureur est impossible du fait de l’ancien assureur, celui-ci doit réparer le

dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (art. 7 al. 6 LAMal). A cet égard, il convient de rappeler que la loi ne règle pas le moment où le rapport d'assurance existant prend fin lorsque la communication du nouvel assureur selon l'art. 7 al. 5 LAMal intervient tardivement. Comblant cette lacune authentique, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en pareilles circonstances, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent (ATF 127 V 41 consid. 4b/dd-ee et les références). A l'examen, les modalités prévues par la loi (art. 7 LAMal) excluent qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance; l'affiliation au premier assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (ATF 128 V 263 consid. 3b et les références). c) L'assureur est responsable, selon l'art. 7 al. 6 LAMal, des dommages résultant de la faute de ses employés, d'une organisation commerciale inappropriée ou de toute autre carence dont il est responsable dans l'exécution de l'assurance-maladie obligatoire. Tout dommage effectif et suffisamment causal est décisif pour l'évaluation de l'obligation d'indemnisation. En particulier, l'assureur fautif doit rembourser la différence avec la prime inférieure du nouvel assureur (art. 7 al. 6, deuxième phrase, LAMal; voir TF 9C\_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.2.2). En cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire de soins, une double assurance est exclue, dès lors que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur ne peut débuter que lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4). L'établissement d'une nouvelle relation d'assurance est soumis à une condition suspensive, à savoir l'obligation de résilier l'ancienne dans les délais (cf. art. 7 al. 1 à 3 LAMal et ATF 126 V 480) et la notification (ATF 130 V 448 consid. 4.7) de la poursuite de l'assurance par le nouvel assureur maladie (art. 7 al. 5, première phrase, LAMal ; TF 9C\_930/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3, publié in SVR 2011 KV n° 8 p. 37). d) L'obligation de payer des cotisations (ou primes) découle de l'art. 61 LAMal. Elle constitue notamment la conséquence juridique et impérative de l'affiliation valide à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci. L'assureur fixe lui-même le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). Selon l'art. 90 al. 1 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 ; RS 832.102), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. Selon l'art. 64 a 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 trente 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 (al. 2 première phrase). 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 et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4, est réservé (al. 6). 4. a) Dans le cas présent, le recourant a résilié son contrat auprès de l'intimée pour le 31 décembre 2017, ce que l'intimée a refusé en février 2018 car il n'avait pas réglé toutes ses primes et participations arriérées (art. 64 a al. 6 LAMal). Le nouvel assureur (E. \_\_\_\_\_) a donc annulé le nouveau contrat qui devait débuter au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (courrier du 16 mars 2018). Le 29 mai 2019, Mutuel Assurance a indiqué avoir analysé une nouvelle fois la demande de résiliation et l'a exceptionnellement acceptée pour le 31 décembre 2017, puis a avisé le nouvel assureur afin qu'il procède à l'affiliation du recourant rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2018, ce qu'E. \_\_\_\_\_ a refusé (courrier du 19 juin 2019).

Le revirement opéré par l'intimée s'explique par le fait qu'elle s'est rendu compte que, pour l'année 2008 (période des factures ouvertes), l'assuré bénéficiait d'une garantie de paiement du canton de domicile, ce qui l'a finalement amenée à renoncer à se prévaloir de l'art. 64 a al. 6 LAMal (courrier du 21 octobre 2019). b) L'intimée a fondé son refus de mettre un terme à l'affiliation du recourant, nonobstant son affiliation auprès d'un nouvel assureur, sur la disposition légale qui interdit à l'assuré en retard de paiement de 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 (art. 64 a al. 6 LAMal). Or, après vérification, l'intimée a constaté que le canton du domicile de l'assuré garantissait le paiement des prestations de 2008 et a donc admis la résiliation du contrat pour le 31 décembre 2017 (cf. courrier du 29 mai 2019). Dans l'intervalle, le nouvel assureur avait toutefois annulé le contrat d'assurance en se fiant aux déclarations de l'intimée (cf. courrier du 16 mars 2018). Le recourant ne bénéficiait donc plus de couverture de la part d'E. \_\_\_\_\_. Il convient de prendre acte du fait que l'intimée a refusé à tort le changement d'assureur quand bien même ne figurent pas au dossier les éléments pour se prononcer sur ce point, lequel n'est toutefois pas remis en cause par l'intimée (cf. courrier du 4 décembre 2019 et mémoire de réponse du 19 août 2020). Cela étant, le recourant s'est retrouvé sans autre couverture d'assurance que celle de l'intimée pendant la période litigieuse ; or l'affiliation à une assurance maladie est obligatoire (cf. considérant 3a ci-dessus). On doit dès lors considérer que les effets de la résiliation ont été reportés au moment de la communication du nouvel assureur du 19 juin 2019 reprenant la protection d'assurance sans interruption, soit dès le 1er juin 2019 (art. 7 al. 5 LAMal). Par conséquent, il y a lieu de constater que le contrat liant le recourant à l'intimée est resté en vigueur jusqu'au 31 mai 2019. Le retard dans la communication du nouvel assureur reprenant la protection d'assurance est dû à l'intimée, à qui il incombe d'en assumer la responsabilité, notamment en gardant à sa charge la différence de primes (art. 7 al. 6 LAMal), ce que l'intimée a fait. c) A propos des primes afférentes aux mois de janvier 2018 à mai 2019, le recourant soutient qu'elles devraient être intégralement supportées par Mutuel Assurance elle-même. Dans la mesure où les raisons qu'il invoque pour se soustraire à ses obligations tiennent aux multiples désagréments qu'il prétend avoir subis en raison des agissements de l'intimée, on ne peut que constater que de tels motifs sont à l'évidence dépourvus de pertinence. Les difficultés dont le recourant se plaint sont directement liées au fait qu'il n'a payé aucune prime d'assurance-maladie, ni en faveur de Mutuel Assurance ni en faveur d'E. \_\_\_\_\_, entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2019. Seul est décisif le fait que le recourant n'avait pas changé d'assureur avant cette période et qu'il était toujours assuré auprès de l'intimée durant la période considérée, ce qu'il savait puisque les primes y afférentes lui ont été réclamées (cf. les factures de primes, rappels et sommations figurant dans la liasse de pièces produite le 9 novembre 2020). Il doit en conséquence s'acquitter des primes qu'il reconnaît ne pas avoir payées. Ces primes ont été dûment réduites pour réparer le dommage causé au recourant lié au retard de son affiliation auprès d'E. \_\_\_\_\_ (cf. considérant 3c ci-dessus). Le montant réclamé n'est pas remis en cause. 5. a) En définitive, le recours se révèle mal fondé en tant qu'il est recevable et doit dès lors être rejeté dans cette même mesure. La décision attaquée, qui est conforme au droit fédéral, sera donc confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 ; cf. art. 83 LPGA ), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est

rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. II. La décision sur opposition rendue le 28 mai 2020 par Mutuel Assurance Maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ M. Z. \_\_\_\_\_, ■ Mutuel Assurance Maladie SA, - 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). Le greffier :

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