

VD_GERICHTE ZE13.040647 vom 13. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE13.040647

FR: VD_GERICHTE ZE13.040647 du 13 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZE13.040647 del 13 giugno 2014

Erwägungen

E. 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 (cf. 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 (cf. art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. 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 (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

- 10 - b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 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 (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 23 août 2013 par l'intimée, confirmant les décisions de mainlevée d'opposition prises le 16 octobre 2012 dans le cadre des poursuites nos [...] et [...] en relation avec des arriérés de primes pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011, ainsi qu'avec des participations aux coûts impayées pour les années 2009, 2010 et 2011.

E. 3

a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (cf. ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal). 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

- 11 - primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal) (cf. TF 9C_5/2008 du 13 février 2008). Les primes d'assurance-maladie doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (cf. art. 90 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). Le paiement des primes dans le respect des délais est une obligation générale qui s'impose de manière implicite aux assurés (cf. Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse Lausanne 2004, p. 223). b) En l'occurrence, les recourants estiment ne pas être redevables des arriérés de primes et de participations aux coûts visés par les poursuites nos [...] et [...]. Dans leur mémoire de recours du 23 septembre 2013, ils font valoir que D.D._____, d'origine indienne et ayant une maîtrise imparfaite du français, avait initialement pensé être légitimé à appliquer unilatéralement une réduction de 10% sur les primes d'assurance de base « au titre de médecin de famille » et qu'il n'a réalisé que tardivement être dans l'erreur, situation ayant amené l'intimée à ouvrir les poursuites en cause mais qui aurait pu être évitée si cette dernière n'avait pas failli à son devoir de conseil. Aux termes de leur réplique du 13 décembre 2013, les recourants précisent que l'intimée s'est servie de l'aspect linguistique comme d'un argument de vente et que W._____ est bilingue. Ils ajoutent avoir demandé en vain à bénéficier du modèle d'assurance dit « médecin de famille » dans leur courriel du 30 juin 2012 ; à cet égard, ils contestent avoir reçu un courrier d'information quant à la possibilité de contracter une telle assurance, reprochent à W._____ d'avoir failli à son devoir d'information et invoquent une violation des principes découlant de la "culpa in contrahendo". Par ailleurs, ils font grief à l'intimée d'avoir adopté une politique visant à exclure les assurés vaudois.

- 12 - aa) L'argumentation des assurés est principalement axée sur le fait que les montants impayés faisant l'objet des poursuites nos [...] et [...] doivent être imputés aux lacunes de français de D.D._____ et à un défaut d'information de la part de l'intimée, circonstances qui auraient amenés les recourants à pratiquer unilatéralement un rabais de 10% sur leurs primes d'assurance-maladie « au titre de médecin de famille » avant de finir par réaliser leur erreur. Cette thèse ne trouve toutefois aucune assise dans le dossier. Il ressort en effet des documents fournis par l'intimée avec sa réponse – dont les recourants, par leur conseil, ont été invités à prendre connaissance (cf. avis du juge instructeur du 23 octobre 2013) – que les arriérés de primes ayant donné lieu aux poursuites nos [...] et [...] portent sur la cotisation mensuelle totale de la famille D._____, soit 1'443 fr. 60, pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 (cf. notamment pièces nos 11, 12, 15 et 16 de l'intimée), et non sur un soi-disant solde de prime après un prétendu facteur de réduction appliqué par les intéressés de leur propre chef « au titre de médecin de famille ». D'ailleurs, loin d'évoquer un quelconque élément en ce sens dans son courriel du 30 juin 2012 concernant l'opposition aux poursuites précitées, D.D._____ a indiqué, bien au contraire, qu'il avait récemment appris l'existence de réductions de primes liées à la personne du médecin de famille, sa propre famille n'en ayant jamais bénéficié jusqu'alors et ayant payé des années durant des cotisations selon lui trop élevées. Ces premières déclarations – réitérées dans l'opposition du 16 novembre 2012 et auxquelles il convient d'accorder la préférence, conformément à la jurisprudence dite des premières déclarations ou des déclarations de la première heure (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et 115 V 143 consid. 8c) – tendent par conséquent à discréditer les explications avancées ultérieurement par les

recourants quant à l'origine des poursuites en cause. A cela s'ajoute que ces poursuites se rapportent non seulement à des primes impayées pour certains mois (mars, juillet, septembre, octobre et décembre) de l'année 2011 mais également à des

- 13 - arriérés de participations aux coûts entre 2009 et 2011, pour lesquels les recourants n'ont apporté aucune justification. A ce propos, il convient de préciser que le système du tiers payant place l'assureur dans l'obligation de s'acquitter de la facture que lui adresse le fournisseur de soins et ce, en lieu et place de l'assuré. Dès lors, si l'intention des recourants était de s'opposer aux factures en cause, ils devaient s'en ouvrir au fournisseur de soins concerné, seul à même de procéder à leur annulation éventuelle ; dans le cas contraire, l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal prévoit la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Il découle de ce qui précède que les allégations des recourants quant à la nature des montants réclamés par E. _____ tombent à faux et que, de ce fait, leurs arguments sont sujets à caution dans la mesure où ils reposent sur une prémisse erronée. bb) On peine notamment à comprendre comment les lacunes de français de D.D. _____ pourraient justifier le non-paiement des primes d'assurance-maladie pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que de diverses participations aux coûts entre 2009 et 2011. Peu importe néanmoins, dès lors que c'est en vain que les recourants tentent de se disculper en invoquant les difficultés linguistiques du prénommé. Il faut relever en effet que dans les rapports avec les autorités (comme en l'espèce un assureur pratiquant l'assurance obligatoire des soins), la liberté de la langue – qui garantit l'usage de la langue maternelle, ou d'une autre langue proche, voire de toute langue de son choix – est limitée par le principe de la langue officielle (cf. TFA C 166/03 du 2 septembre 2003 consid. 2). Ainsi, sous réserve de dispositions particulières (p. ex. art. 5 par. 2 et art. 6 par. 3 let. a CEDH [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101]), il n'existe en principe aucun droit à communiquer avec les autorités dans une autre langue que la langue officielle. Celle-ci est elle-même liée au principe de la territorialité, au sens où elle correspond normalement à la langue qui est

- 14 - parlée dans le territoire concerné (cf. ATF 136 I 149 consid. 4.3 et les références citées), à savoir en l'espèce le français (cf. art. 3 Cst-VD [Constitution du canton de Vaud du 14 avril 2003 ; RSV 101.01]). Au demeurant, ni l'art. 6 CEDH, ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite ; aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (cf. ATF 131 V 35 consid. 3.3 et les références citées). Dans ces conditions, les difficultés linguistiques de D.D. _____ – auquel il incombait, le cas échéant, de prendre les mesures utiles afin de pallier à ses lacunes – ne sauraient servir à asseoir les prétentions des recourants. On notera au surplus que si les recourants font valoir que l'intimée aurait utilisé l'aspect linguistique comme argument de vente et que W. _____ serait bilingue, ils n'ont toutefois avancé aucun indice concret susceptible d'étayer leurs allégations, de sorte que celles-ci ne peuvent être considérées comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante ; à cet égard, le simple fait que le recourant ait adressé un écrit en anglais à W. _____ (cf. courriel du 30 juin 2012) ou que de précédents entretiens soient intervenus entre les deux hommes (cf. prise de position de W. _____ du 8 octobre 2013) ne suffit aucunement à préjuger des connaissances d'anglais – et encore moins d'un quelconque bilinguisme – de l'employé de la

Caisse-Maladie C._____. A cela s'ajoute que quand bien même le recourant ne maîtriserait pas le français, tel n'est manifestement pas le cas de la recourante, laquelle (selon les informations à disposition de la Cour de céans [cf. registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique, consultable sur internet à l'adresse : <http://www.medregom.admin.ch/FR/>]) est de nationalité suisse et exerce la profession de médecin-dentiste dans le canton de Vaud, où elle dispose d'une autorisation de pratiquer depuis 1988. En l'état du dossier, on ne voit donc pas ce qui aurait pu empêcher l'assurée de saisir les différents enjeux en présence et, le cas échéant, de pallier aux difficultés linguistiques de son époux.

- 15 - Pour l'ensemble de ces motifs, il apparaît que les recourants ne sauraient tirer argument des lacunes de français de D.D._____ dans le cadre de la présente affaire. cc) C'est par ailleurs à tort que les recourants reprochent à l'intimée, singulièrement à W._____, d'avoir failli au devoir de renseignement tel que prévu par la loi. c/aa) Selon l'art. 27 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 (al. 1). 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). Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées – obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. –, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGa comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (cf. ATF 131 V 472 consid. 4 ; cf. TF 9C_865/2010 du

E. 8

juin 2011 consid. 5.2).

- 16 - Lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, le défaut de renseignement est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). Parmi les conditions posées par la jurisprudence (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1), il faut que l'absence de renseignement ou de conseil ait conduit l'assuré à adopter un comportement préjudiciable (cf. TF 8C_406/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.3 et la référence). c/bb) Dans le cas d'espèce, les recourants se prévalent d'un défaut de renseignement de la part de l'intimée, singulièrement de W._____ de la Caisse-Maladie C._____, concernant la possibilité de contracter un modèle d'assurance comportant des primes moins onéreuses. La Cour de céans peine toutefois à comprendre en quoi pareil argument serait pertinent dans le présent contexte. Il faut en effet rappeler que le litige porte

sur des primes impayées pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que sur des arriérés de participations aux coûts entre 2009 et 2011 (cf. consid. 2b supra). Cela dit, on ne voit pas en quoi le choix d'un modèle d'assurance plutôt qu'un autre pourrait être interprété – même à l'aune des principes découlant de l'art. 27 LPGA – comme un motif libératoire du paiement de ces prestations, attendu que tous les assurés sont légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes et des participations aux coûts de l'assurance-maladie (cf. consid. 3a supra), et ce quel que soit le modèle d'assurance choisi. Par ailleurs et surtout, ce n'est qu'après s'être vu notifier, les 5 mars et 29 juin 2012, les commandements de payer afférents aux poursuites nos [...] et [...] que les recourants ont formulé des revendications quant au modèle d'assurance choisi. C'est plus particulièrement aux termes de son courriel du 30 juin que D.D._____ a indiqué pour la première fois avoir récemment appris l'existence d'un

- 17 - modèle d'assurance moins onéreux lié à la personne du médecin de famille – sans pour autant formuler de requête à cet égard, contrairement à ce qui ressort de la réplique du 13 décembre 2013 (p. 2). Partant, le fait que les recourants aient pris conscience en 2012 de l'existence d'un modèle d'assurance considéré comme plus favorable n'est manifestement pas à l'origine des primes et des participations aux coûts impayées entre 2009 à 2011. En conséquence, il apparaît que les griefs soulevés quant au choix du modèle d'assurance ne sont pas propres à remettre en cause le bien-fondé des créances d'E._____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions des recourants visant à ce que l'intimée se prononce sur le sujet. Par surabondance, on ajoutera que les circonstances du cas particulier ne permettraient guère d'imputer à l'assureur un défaut d'information concernant le choix du modèle d'assurance. En premier lieu, les critiques des recourants sont sur ce point sujettes à caution dans la mesure où ils sont allés jusqu'à détourner l'argumentation de l'intimée en contestant avoir reçu un « un courrier spécifique à leur attention sur la possibilité de contracter une assurance "médecin de famille" » (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 3), alors même que l'envoi d'un tel courrier a été évoquée par W._____ non pas en relation avec les différents modèles d'assurance mais en lien avec l'augmentation des primes annoncées pour le 1er mai 2012 et les différentes alternatives envisageables à cet égard (cf. prise de position du 8 octobre 2013). Sous l'angle du devoir général de renseigner, il faut par ailleurs relever que les différents modèles d'assurance figurent dans les conditions d'assurances remises par l'assureur et que les recourants ne prétendent pas – et a fortiori ne démontrent pas – que cette documentation ne leur aurait pas été fournie. Quant à un devoir de conseil plus spécifique, la jurisprudence retient qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (cf. ATF 133 V 249 consid. 7.2). Or, force est d'admettre que les différentes raisons susceptibles d'inciter un assuré à opter pour un

- 18 - certain modèle d'assurance plutôt que pour un autre relèvent de facteurs aléatoires liés à la volonté hypothétique de chacun et ne constituent pas un risque de perte d'une prestation dont l'assureur, en prêtant l'attention usuelle, pourrait être conscient. Il n'y a dès lors pas lieu d'attendre de l'assureur social qu'il apporte spontanément des conseils individualisés sur ces questions dans chaque cas particulier. Cela étant, on ne saurait conclure à un défaut du devoir de renseigner dans le cas particulier. Au demeurant, contrairement à ce qu'invoquent les recourants (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 4), on ne voit pas en quoi

les principes de droit privé tirés de la "culpa in contrahendo" devraient être appliquées dans le cas particulier, ni en quoi ils permettraient d'aboutir à un résultat différent de celui exposé ci-dessus sur la base des préceptes de droit public idoines, propres au domaine des assurances sociales. Il convient par ailleurs d'écarter les griefs invoqués à l'encontre de W._____ en lien avec le devoir d'information du courtier (cf. ibid. p. 3), dès lors que le prénommé n'est nullement courtier en assurances mais qu'il est intervenu dans la présente affaire en sa qualité de responsable de la section indemnités journalières/contrats collectifs de la Caisse-Maladie C._____, si bien que les règles régissant la relation contractuelle entre un particulier et un courtier en assurances ne sont pas pertinentes dans le présent contexte. dd) C'est par ailleurs en vain que les recourants ont mis en cause la prétendue stratégie d'E._____ consistant à augmenter les primes d'assurance-maladie dès le 1er mai 2012 de manière à exclure les assurés vaudois. En effet, cette problématique est clairement extrinsèque à l'objet du présent litige, circonscrit à la question de savoir si c'est ou à non à juste titre que l'intimée a prononcé la mainlevée d'opposition aux poursuites nos [...] et [...] visant des primes impayées pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que des arriérés de participations aux coûts en 2009, 2010 et 2011 (cf. consid. 2b supra). Il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer plus avant sur cette hausse de prime.

- 19 - Tout au plus relèvera-t-on, au surplus, que les intentions que les recourants prêtent à l'intimée ne manquent pas de surprendre dans la mesure où elles ne trouvent aucun ancrage dans la réalité. De fait, c'est dans le but de reconstituer ses réserves qu'E._____ a procédé, après avoir obtenu l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique, à une augmentation des primes d'assurance-maladie dans 21 cantons avec effet au 1er mai 2012, et cela à des degrés divers en fonction de la perte connue dans chaque canton concerné, l'augmentation atteignant par exemple 35% dans le canton de Vaud pour une franchise de 300 fr. (cf. Bulletin officiel [BO] 2012 N 155, spéc. 156), étant précisé que ces événements avaient du reste reçu une couverture médiatique non négligeable à l'époque. Peu importe, dès lors, que les recourants prétendent s'être vu confirmer oralement qu'E._____ cherchait à exclure les assurés vaudois, cette affirmation – en décalage total avec la réalité des faits – ne reposant sur aucun élément de preuve concret mais sur les seuls dires des intéressés. ee) Pour le reste, rien au dossier ne vient mettre en doute le bien-fondé des créances de l'intimée concernant les arriérés de primes et de participations aux coûts visés par les poursuites nos [...] et [...]. Faute de précision, on ne saurait notamment prendre position sur les factures – de nature indéterminées – communiquées aux dires des assurés sous forme de photocopie, qui n'auraient pas été remboursées par E._____ (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 4). c) En définitive, il apparaît que les recourants, affiliés auprès d'E._____ pour l'assurance obligatoire des soins durant la période pour laquelle les primes et participations aux coûts litigieuses sont réclamées, à savoir entre 2009 et 2011, n'ont apporté aucun élément sérieux susceptible de démontrer que ces créances ne seraient pas dues. Au surplus, les montants réclamés à titre d'arriérés de primes et de participations aux coûts pour les périodes concernées ne sont pas contestés et, vérifiés d'office, peuvent être confirmés.

- 20 - Cela étant, on ne voit pas en quoi le témoignage de W._____, requis par les recourants, pourrait être pertinent. Il faut en particulier relever que les assurés ont sollicité l'audition de ce dernier en lien avec sa prise de position du 8 octobre 2013, dont ils contestent la teneur (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 2 s.). Or, dans cette prise de

position, W._____ n'a évoqué aucun aspect portant sur le bien-fondé des arriérés de primes et de participations aux coûts à l'origine de la présente contestation, dont il a tout au plus constaté l'existence. Ainsi, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de l'entendre comme témoin (cf. TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2 et les références ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références). 4. 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 phr. 1). 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 LAMal, 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 phr. 1). Le Conseil fédéral fixe les modalités

- 21 - d'encaissement et la procédure de rappel, et règle les conséquences d'un retard de paiement (al. 5). Selon l'art. 105b OAMal, 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). En cas de retard dans le paiement des primes, la faute de l'assuré ne peut pas être présumée (cf. Longchamp, loc. cit.). Selon la jurisprudence, il y a néanmoins faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (cf. ATF 125 V 276 ; cf. TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6). 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. b) Dans le cas particulier, à défaut de s'être acquittés des primes afférentes aux mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que de diverses participations aux coûts pour les années 2009 à 2011, les recourants ne pouvaient donc pas résilier leur couverture d'assurance obligatoire des soins auprès d'E._____.

- 22 - conformément à l'art. 64a al. 4 LAMal. La jurisprudence développée à ce propos retient du reste qu'il n'apparaît pas arbitraire que l'assuré en retard de paiement ne puisse pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes. En effet, le but de l'art. 64a al. 4 LAMal est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés (cf. Message du Conseil fédéral du 26 mai 2004, FF 2004 4103 ; cf. TF 9C_477/2008 du 26 août 2008 consid. 4.2). Partant, dans la mesure où les assurés n'étaient pas habilités à changer d'assureur avant d'avoir payé l'ensemble des montants en souffrance, peu importe que les formulaires d'affiliation à N. _____ aient ou non été transmis à cette dernière (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 3). c) Subsiste l'examen du bien-fondé de la mainlevée prononcée par l'intimée. Tout d'abord, il faut rappeler que les arriérés de primes – s'élevant à 1'443 fr. 60 pour le mois de mars 2011 (poursuite n° [...]) et à 5'774 fr. 50 pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011 (poursuite n° [...]) – de même que les sommes réclamées à titre de participations aux coûts – à hauteur de 1'224 fr. 15 (poursuite n° [...]), respectivement 719 fr. 65 (poursuite n° [...]) – sont dus par les recourants (cf. consid. 3c supra). Cela étant, l'art. 26 al. 1 LPGA énonce que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. L'art. 105a OAMal précise quant à lui que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée (les primes devant être payées d'avance et en principe tous les mois [cf. art. 90 al. 1 OAMal]) et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). En revanche, les participations aux coûts

- 23 - ne peuvent pas faire l'objet d'un tel intérêt moratoire (cf. art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal a contrario). A l'aune de cette réglementation, s'agissant de la poursuite n° [...] qui porte sur un arriéré de primes pour le seul mois de mars 2011, il convient de fixer le dies a quo de l'intérêt dû au 1er mars 2011, et non au 30 novembre 2010 (cf. commandement de payer n° [...]) ou au 30 septembre 2011 (cf. décision sur opposition du 23 août 2013). Concernant la poursuite n° [...] qui porte sur des primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011, le dies a quo de l'intérêt dû peut être fixé au 11 septembre 2011 (cf. commandement de payer n° [...] et décision sur opposition du 23 août 2013) pour la prime de juillet 2011 en tant que cela est favorable aux assurés et admissible au regard des normes précitées ; par contre, ces mêmes principes imposent de reporter le dies a quo au 15 septembre 2011 pour les primes afférentes aux mois de septembre et octobre 2011 (échéance moyenne), respectivement au 1er décembre 2011 pour la prime relative au mois de décembre 2011. Par ailleurs, les conditions générales d'assurance conformément à la LAMal édictées par l'intimée prévoient notamment que des frais peuvent être facturés en cas de transgression de l'obligation de collaborer et que des frais de rappel sont prélevés lors d'un deuxième rappel (cf. art. 11 par. 4). C'est donc à juste titre que l'intimée a mis des frais de rappel à la charge des recourants, soit 130 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (concernant le paiement des primes mensuelles de mars 2011 ainsi que de douze factures de participations aux coûts entre 2009 et 2011) et 90 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (concernant le paiement des primes mensuelles de juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que de cinq factures de participations aux coûts). Le montant de ces frais n'apparaît pas disproportionné. En ce qui concerne les frais de dossier arrêtés à 20 fr. dans chacune des deux poursuites précitées, ils sont également justifiés

notamment au regard des multiples rappels que l'intimée a dû adresser aux recourants. Quant aux frais de commandement de payer, qui se montent en l'occurrence à 73 fr. dans chacune des deux poursuites en cause, ils

- 24 - suivent le sort de la poursuite (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1] ; cf. notamment JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron, et JdT 1979 II 127 ; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4) et ne peuvent donc faire l'objet de la décision litigieuse. Pour le surplus, la procédure de recouvrement n'est pas contestée par les recourants. 5. a) A la lumière de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et la décision sur opposition litigieuse réformée comme suit : - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ est levée à raison d'un montant de 1'443 fr. 60 représentant les primes impayées pour le mois de mars 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 1er mars 2011, d'une somme 1'224 fr. 15 pour des participations aux coûts durant les années 2009 à 2011, ainsi que de 130 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier ; - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ est levée à raison d'un montant de 5'774 fr. 50 représentant les primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 11 septembre 2011 pour les primes de juillet 2011, dès le 15 septembre 2011 pour les primes de septembre et octobre 2011 et dès le 1er décembre 2011 pour les primes de décembre 2011, d'une somme de 719 fr. 65 pour diverses participations aux coûts durant les années en 2011, ainsi que de 90 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier. Les oppositions aux commandements de payer dans les poursuites nos [...] et [...] sont définitivement levées à concurrence des montants mentionnés ci-dessus et maintenues pour le surplus.

- 25 - b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recours étant très partiellement admis, les recourants peuvent prétendre à des dépens réduits (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 200 fr., à la charge de l'intimée. Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est très partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 23 août 2013 par E._____ [...] est réformée en ce sens que : - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ est levée à raison d'un montant de 1'443 fr. 60 représentant les primes impayées pour le mois de mars 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 1er mars 2011, d'une somme 1'224 fr. 15 pour des participations aux coûts durant les années 2009 à 2011, ainsi que de 130 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier ; - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite no [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ est levée à raison d'un montant de 5'774 fr. 50 représentant les primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 11 septembre 2011 pour les primes de juillet 2011, dès le 15 septembre 2011 pour les primes de septembre et octobre 2011 et dès le 1er

- 26 - décembre 2011 pour les primes de décembre 2011, d'une somme de 719 fr. 65 pour diverses participations aux coûts durant les années en 2011, ainsi que de 90 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier. III. Les oppositions formées aux commandements de payer nos [...] et [...] sont définitivement levées à concurrence des montants mentionnés au chiffre II ci-dessus ; elles sont maintenues pour le surplus. IV. II

n'est pas perçu de frais de justice. V. Un montant de 200 fr. (deux cents francs) est alloué aux recourants à titre de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Flore Primault (pour les recourants) ; - E. _____ [...] ; - Office fédéral de la santé publique ; par l'envoi de photocopies.

- 27 - 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.