

VD_GERICHTE ZE15.030436 vom 16. August 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE15.030436

FR: VD_GERICHTE ZE15.030436 du 16 août 2016

IT: VD_GERICHTE ZE15.030436 del 16 agosto 2016

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 29/15 - 39/2016 ZE15.030436 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 16 août 2016 _____ Composition : Mme RÖTHENBACHER,
présidente Mmes Dessaux et Berberat, juges Greffière : Mme Mestre Carvalho *****
Cause pendante entre : X.N. _____ et Z.N. _____, agissant pour eux-mêmes ainsi que
pour Y.N. _____ et A.N. _____, à [...], recourants, représentés par Me Flore
Primault, avocate à Lausanne, et Y. _____ – [...], à [...], intimée. _____ Art.
3 et 64a LAMal ; art. 105b OAMal. 402

- 2 - E n f a i t : A. Le 13 juin 2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt (AM 39/13 – 25/2014) dont l'état de fait est le suivant : "A. De par sa profession de médecin-dentiste, Z.N. _____ (ci- après : l'assurée), née en 1955, bénéficiait par l'intermédiaire de la Caisse K. _____ d'une couverture d'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie ; RS 832.10) auprès d'Y. _____ [...] (ci-après : Y. _____ ou la caisse), couverture s'étendant également à son époux X.N. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, ainsi qu'au[x] deux filles du couple, Y.N. _____ et A.N. _____, nées respectivement en 1988 et 1991. [...] Le 5 mars 2012, Y. _____ a fait notifier à Z.N. _____ un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____ pour un montant de 2'667 fr. 75 se rapportant aux « [p]rimes LAMal impayées du [mois de] mars 2011 plus diverses participations 2009/2010/2011 », avec intérêt à 5 % dès le 11 septembre 2011, plus 130 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratifs. L'intéressée a fait opposition totale. Par écrit du 30 mars 2012, l'assurée et ses deux filles – celles-ci agissant par leur mère – ont fait savoir à la Caisse K. _____ qu'elles résiliaient leur couverture d'assurance obligatoire des soins avec effet au 30 avril 2012, toutes trois devant être assurées auprès d'un autre assureur-maladie dès le 1er mai 2012. Le 30 avril 2012, X.N. _____ s'est adressé en anglais à Y. _____ concernant une offre relative à l'assurance de base pour l'année 2012 dans le cadre d'un contrat collectif avec M. _____ [...] (ci-après : M. _____), expliquant que suite à un entretien téléphonique et à une correspondance d'une dénommée H. _____ du 30 mars 2012, des formulaires destinés à M. _____ avaient été faxés en vue d'être transmis à ce dernier assureur. Le 29 juin 2012, Y. _____ a fait notifier à X.N. _____ un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____ pour un montant de 6'494 fr. 05 relatif aux « [p]rimes de base selon LAMal impayées de juillet, septembre, octobre, décembre 2011 + div. participations de 2011 », plus intérêt à 5 % dès le 11 septembre 2011, ce à quoi s'ajoutaient 90 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratifs. Opposition totale a été faite par X.N. _____. Dans un courriel du 30 juin 2012 rédigé en anglais à l'attention d'U. _____, responsable de la section indemnités journalières/contrats collectifs de la Caisse K. _____, X.N. _____ s'est exprimé sur les raisons ayant motivé les

oppositions aux poursuites nos [...] et [...]. En substance, il a indiqué qu'il avait reçu

- 3 - une communication d'Y. _____ en mars 2012, concernant une hausse des primes mensuelles et la possibilité de changer d'assureur-maladie au profit d'M. _____.

L'intéressé avait alors téléphoné à Y. _____ et s'était vu expliquer que cette assurance ne désirait plus couvrir les assurés vaudois, dont les primes avaient été délibérément augmentées en vue de les inciter à changer de compagnie d'assurance. X.N. _____ a souligné que seules son épouse et ses deux filles avaient procédé aux démarches utiles en vue d'être affiliées auprès d'M. _____ mais que, pour preuve de sa bonne volonté, lui-même n'avait pas résilié sa couverture d'assurance auprès d'Y. _____ afin de résoudre les procédures en suspens – ce dont il avait fait part à Y. _____ au cours d'un entretien téléphonique lors duquel il lui avait été répondu que l'assurance bloquerait toute demande de transfert auprès d'M. _____ jusqu'au paiement des sommes encore dues. N'ayant ensuite plus reçu de nouvelles, l'assuré présumait donc que toute la famille était encore assurée auprès d'Y. _____. Sous un autre angle, X.N. _____ a affirmé avoir récemment appris par un courtier indépendant qu'Y. _____ leur avaient fait payer des primes trop élevées des années durant : en effet, leur médecin de famille se trouvait sur la liste des praticiens accrédités par Y. _____ de sorte que leurs primes auraient dû être réduites de quelques centaines de francs par mois, tel n'ayant cependant jamais été le cas. Cela étant, l'assuré a invité l'assurance à renoncer aux poursuites précitées au profit d'une solution à l'amiable et a demandé à ce que son épouse et ses deux filles puissent être transférées auprès d'un autre assureur-maladie, lui-même étant disposé à rester affilié auprès d'Y. _____ jusqu'à résolution des questions pendantes mais en se voyant appliquer le tarif de primes normal dont bénéficiaient les clients suisses allemands de cette dernière. Par deux décisions distinctes datées du 16 octobre 2012, Y. _____ a prononcé la mainlevée des oppositions aux poursuites nos [...] et [...]. Aux termes d'un écrit en langue anglaise du 16 novembre 2012, X.N. _____ a formé opposition à l'encontre de ces décisions. Il a tout d'abord expliqué qu'étant anglophone, il lui était plus commode de s'adresser à Y. _____ dans cette langue, ainsi qu'il l'avait du reste toujours fait. Pour le surplus, l'assuré a essentiellement réitéré l'argumentation développée dans son courriel du 30 juin 2012. Il a par ailleurs proposé une solution transactionnelle, consistant en un paiement immédiat de sa part d'un montant de 5'000 fr. moyennant l'obtention de plus amples informations en rapport avec les points abordés dans le courriel du 30 juin 2012, la renonciation aux poursuites engagées inutilement et la résiliation de la couverture d'assurance obligatoire des soins de toute la famille pour le 30 novembre 2012. Par décision sur opposition du 23 août 2013, Y. _____ a rejeté l'opposition du 16 novembre 2012 et confirmé les décisions de mainlevée d'opposition rendues le 16 octobre 2012. Dans sa motivation, elle a notamment exposé ce qui suit : "Le 16/11/2012, nous avons émis deux décisions concernant la levée de l'opposition dans la procédure de poursuite de l'Office des poursuites du district de B. _____, procédure de poursuite

- 4 - n° [...] pour arriérés de primes pour la période de juillet à décembre 2011 ainsi qu'arriérés de participations aux coûts d'un montant total de 6 494,05 Fr. [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 11/09/2011, 90,- Fr. de frais de rappel, 20,-Fr. de frais de dossiers et frais de recouvrement à ce jour de 73,- Fr. Par la procédure de poursuite séparée n° [...], nous avons revendiqué une autre créance pour arriérés de participations aux coûts et arriérés de primes pour les mois de mars d'un montant total [de] 2 667,75 Fr. [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 30/09/2011, 130,- Fr. de frais de rappel, frais de dossier

hauteur de 20,- Fr. et frais de recouvrement à ce jour de 73,- Fr. [...]. Nous avons levé les oppositions faites aux deux procédures de poursuite le 16/10/2012 par une décision séparée pour chacune. Étant donné que vous faites opposition par un seul et même courrier du 16 novembre 2012 et que les deux [états de] faits sont identiques tant du point de vue de la procédure que pour les questions juridiques qu'ils posent, il est justifié de les regrouper et de les traiter dans une seule décision sur opposition. Dans votre opposition, vous avancez du début à la fin des arguments étrangers aux faits. Vous affirmez que l'augmentation des primes qui nous a été imposée par les autorités à compter du 01/05/2012 a été instaurée dans l'intention de nous débarrasser des assurés de votre région, ce qui relève du domaine de l'imagination la plus fantaisiste. Ensuite, le fait que votre médecin de famille ait été intégré à la liste des médecins de famille agréés par nous dans l'assurance médecin de famille vous incite à tirer la conclusion surprenante selon laquelle vous auriez été trompés parce que les primes de l'assurance médecin de famille auraient été encore inférieures. Nous nous contenterons de vous faire remarquer à ce sujet qu'il appartient aux assurés de se donner la peine de trouver une assurance médecin de famille ayant les restrictions correspondantes et de faire une demande correspondante, ce qui n'a jamais été le cas pour vous. Enfin, il est clair [sic] que le changement de caisse que vous souhaitiez effectuer au 01/05/2012 n'était pas possible du fait des arriérés [...]. [...] le principe applicable est le suivant : [...] la personne assurée en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que l'intégralité des arriérés de primes et de participations aux coûts et des intérêts moratoires et frais de recouvrement n'a pas été payée. [...] L'arrangement proposé par vous, à savoir que vous souhaiteriez effectuer au 30/11/2012 un changement de caisse par un versement unique de 5 000,- Fr., s'avère clairement contraire à la loi. Il ne nous reste donc pas d'autre possibilité que d'appliquer à votre encontre la procédure légale de recouvrement et de vous refuser tout changement de caisse avant le paiement de l'intégralité des sommes dues." B. Par l'entremise de leur conseil, les époux N._____, agissant également pour leurs deux filles, ont recouru le 23 septembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à son annulation et au maintien de l'opposition aux poursuites nos [...] et [...], subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à Y._____ pour nouvelle décision dans le sens

- 5 - des considérants. En substance, les recourants font valoir qu'ils ont été mal conseillés par un courtier d'Y._____ et qu'ils ont de ce fait été empêchés de quitter l'assurance de base en s'acquittant des primes – point déterminant sur lequel l'intimée n'est pourtant pas entrée en matière. Ils relèvent plus particulièrement que X.N._____, d'origine indienne et parlant très mal le français, était persuadé qu'il pouvait prétendre à une réduction de 10% des primes de base « au titre de médecin de famille », qu'il a appliqué lui-même ce rabais pensant y avoir droit et que ce n'est que très tardivement qu'il [a] compris n'être pas légitimé à procéder ainsi de manière unilatérale. Or, les recourants estiment que si l'intimée s'était conformée à son devoir d'information, le malentendu à l'origine des poursuites en cause aurait pu être évité. Dans sa réponse du 21 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Concernant les difficultés linguistiques alléguées par les recourants, Y._____ observe qu'en tant qu'assureur- maladie selon la LAMal, il lui incombe de réaliser les entretiens et de rédiger les courriers dans une des langues officielles et qu'un assuré ne maîtrisant pas ces langues est tenu d'avoir recours à un traducteur de sa propre initiative. S'agissant du défaut d'information invoqué par les intéressés, l'intimée conteste les griefs formulés sur ce point et se réfère à une prise de position d'U._____ du 8

octobre 2013, produite dans sa version originale allemande ainsi qu'avec une traduction française. De surcroît, Y. _____ relève que les recourants n'étaient juridiquement pas habilités à opérer une réduction de prime de leur propre initiative et que, conformément à la législation applicable, il ne leur est pas possible de changer d'assureur tant que subsiste un arriéré de primes. Il résulte par ailleurs des pièces produites par l'intimée que les montants en souffrance réclamés dans le cadre de la poursuite no [...] comprennent 1'443 fr. 60 pour les primes du mois de mars 2011 et 1'224 fr. 15 en lien avec douze factures de participations aux coûts émises entre 2009 et 2011, soit 2'667 fr. 75 en tout, et que les arriérés de paiement faisant l'objet de la poursuite n° [...] englobent 5'774 fr. 40 équivalant aux primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que 719 fr. 65 correspondant à cinq factures de participations aux coûts sur l'année 2011, soit 6'494 fr. 05 au total. On extrait en outre ce qui suit de la traduction française de la prise de position d'U. _____ du 8 octobre 2013 : "La famille N. _____ est dans une grande confusion en matière de paiement des primes depuis des années et l'époux de Madame Z.N. _____ m'avait déjà rencontré au cours des premières années afin de discuter personnellement avec moi de ces questions. Cela n'a plus été le cas ces deux dernières années. [...] En liaison avec la majoration des primes Y. _____ au cours de l'année 2012, nous avons envoyé aux clients un courrier d'information sur les alternatives envisageables. Suite aux demandes nombreuses, comme vous pouvez l'imaginer, les offres ont été envoyées ensuite en partie par le groupe M. _____, en partie par nous. Madame F. _____, [...] actuellement en congé maternité, s'était probablement chargée de l'envoi d'offres M. _____ à la famille suite à la

- 6 - demande de cette dernière. Mon nom apparaît sur toutes les offres qui sont établies dans notre bureau. La question si Madame F. _____ a étudié la situation des primes des N. _____ ne peut être abordée, ce qui n'est toutefois pas significatif en termes d'établissement des offres étant donné que nous ne sommes pas en mesure de juger de manière générale quand et si les assurés paieront intégralement leurs primes avant le changement. Il est clair qu'après réception de la résiliation des N. _____ (envoyée par télécopie du 30.03.12 à l'attention de Madame H. _____) le courrier Y. _____ qui stipulait qu'il existait des arriérés de primes qui devaient être réglés pour pouvoir procéder à un changement devait avoir été reçu en bonne et due forme (courrier établi dès le 3.4.12 par Madame C. _____). Par ailleurs, les N. _____ n'ont jamais renvoyé les offres de M. _____ et nous ne pouvions de ce fait procéder à des conseils complémentaires. Nous avons fait, à notre niveau, tout ce qui était possible (en présentant des alternatives) dans cette situation déplaisante pour tous, sachant que nous devons laisser en finale au client la décision relative à un éventuel changement. Nous ne pouvons juger pour quelle raison les N. _____ n'ont pas réagi (en temps utiles) au courrier de confirmation. L'affaire en justice n'est pour moi pas claire, les N. _____ devant être conscients qu'ils ne pourront changer simplement de caisse de maladie alors que des poursuites sont en cours et éviter ainsi le paiement des arriérés (avant le 30.04.12)." Par réplique du 13 décembre 2013, les recourants ont maintenu leurs conclusions. Ils soutiennent tout d'abord que l'aspect linguistique a constitué un « argument de vente » pour l'intimée, qu'U. _____ est bilingue et qu'il est malvenu d'indiquer à un client qu'il aurait dû se renseigner et se faire traduire des documents lorsque celui-ci a précisément fait confiance au courtier qui parle sa langue et qui se présente comme bilingue. Par ailleurs, les assurés affirment avoir demandé à bénéficier du tarif applicable pour le modèle d'assurance « médecin de famille » dans leur courriel du 30 juin 2012, auquel aucune suite n'a été donnée. Ils réfutent par ailleurs la prise

de position du 8 octobre 2013 d'U._____, dont ils requièrent le témoignage ; ils allèguent notamment n'avoir jamais reçu le « courrier d'information sur les alternatives envisageables » évoqué par ce dernier et contestent avoir omis de renvoyer les offres destinées à M._____. Les recourants relèvent également qu'U._____ ne les a pas renseignés sur les diverses options permettant d'obtenir des primes réduites et qu'il a ainsi failli au devoir de conseil incombant à un courtier en assurances. Ils estiment en tout état de cause qu'à l'aune des principes découlant de la "culpa in contrahendo", il incombait à l'intimée de les informer de la possibilité de conclure une assurance moins chère, par exemple sous la forme de celle dite du « médecin de famille ». En outre, ils font valoir que l'intimée n'a jamais procédé au remboursement de certaines factures qu'ils lui ont communiqué sous forme de photocopies. Ils soulignent de surcroît avoir tenté la conciliation par un courrier de leur mandataire du 13 septembre 2013 – joints à leurs écritures avec divers calculs en annexe – resté sans réponse jusqu'à aujourd'hui. Les recourants rappellent encore

- 7 - s'être vu confirmer par oral que l'intimée avait haussé les primes des assurés vaudois en vue de leur exclusion. Enfin, ils demandent à ce que l'intimée prenne position quant à sa politique à l'égard des assurés vaudois et à l'importance de la réduction des primes dans le modèle d'assurance comportant la clause « médecin de famille ». Aux termes de sa duplique du 5 février 2014, l'intimée a confirmé sa position. Sur le plan linguistique, elle relève que les recourants ont reçu les conditions d'assurance déterminantes en français lors de leur affiliation, qu'il n'y a pas lieu de satisfaire au devoir d'information hors d'une langue officielle et que la responsabilité quant aux connaissances insuffisantes d'une langue officielle incombe à la personne assurée. En outre, Y._____ observe que les recourants étaient manifestement informés de l'existence d'un modèle d'assurance lié au médecin de famille lors de la rédaction du courriel du 30 juin 2012 mais qu'ils n'ont néanmoins pas opté pour un transfert vers ce modèle. Cela étant, l'intimée estime que l'audition d'U._____ est inutile au vu de sa prise de position claire et exhaustive. L'intimée explique de surcroît informer le cercle des assurés quant aux possibilité[s] de réaliser des économies sur leurs primes – y compris au moyen du modèle d'assurance « médecin de famille » – dans un courrier de fin d'année et que même si les recourants contestent avoir reçu de telles informations, il demeure que le sujet fait régulièrement l'objet d'émissions télévisées ou d'articles de presse. Elle estime également que les intéressés se prévalent à tort des principes tirés de la "culpa in contrahendo", le devoir d'information étant déjà rempli du fait de la remise des conditions d'assurance avant la prise d'effet de l'assurance et d'un certificat d'assurance après sa souscription. Quant au remboursement de factures photocopiées, l'intimée relève qu'il ne fait pas l'objet de la présente affaire et qu'il n'est du reste pas autorisé en raison du risque de falsification. Elle rejette en outre formellement les propositions formulées en vue du règlement du litige. Enfin, Y._____ observe que les allégations des recourants relatives à sa politique en matière de primes dans le canton de Vaud sont inexactes, la fixation des primes faisant l'objet d'une procédure de contrôle et d'approbation par les autorités fédérales, et que cette problématique est étrangère à la présente contestation." Se fondant sur cet état de fait, la Cour des assurances sociales, par arrêt du 13 juin 2014 (AM 39/13 – 25/2014), a très partiellement admis le recours et définitivement levé les oppositions faites aux deux commandements de payer pour les montants réclamés, corrigeant toutefois la date à compter de laquelle les intérêts moratoires étaient dus. Plus particulièrement, la juridiction cantonale a considéré que les intéressés ne pouvaient tirer argument des lacunes de français de X.N._____ (consid. 3b/bb), que tant

Y. _____ qu'U. _____ n'avaient pas contrevenu à leur devoir d'information tel que prévu par la loi (consid. 3b/cc), aucune raison pertinente ne commandant par ailleurs l'audition du

- 8 - prénommé (consid. 3c), et que les griefs tirés d'une prétendue stratégie de la caisse tendant à exclure les assurés vaudois étaient infondés (consid. 3b/dd). Le 18 août 2014, la famille N. _____ a déféré l'affaire par- devant le Tribunal fédéral, sous l'angle du droit d'être entendu. La juridiction fédérale a rejeté ce recours par arrêt du 17 décembre 2014 (9C_582/2014). B. Dans l'intervalle, après avoir adressé à Z.N. _____ les rappels et sommations idoines, Y. _____ lui a fait notifier le 12 juin 2013 un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____, pour un montant de 24'657 fr. 60 se rapportant aux primes échues pour les mois de janvier à décembre 2012 ainsi qu'à une participation aux coûts facturée le 9 mars 2012, avec intérêt à 5% dès le 28 juin 2012, plus 210 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratifs. X.N. _____ a fait opposition totale. Par décision du 28 juin 2013, Y. _____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...]. Par acte de leur conseil du 31 juillet 2013, les intéressés ont formé opposition à l'encontre de cette décision. Ils ont soutenu avoir été induits en erreur par Y. _____ et notamment par U. _____, lequel semblait également travailler pour M. _____ et les avait contactés le 30 mars 2012 afin de leur proposer une mutation de l'assurance de base auprès de ce dernier assureur en 2012, tout en sachant pertinemment qu'une poursuite était en cours et que, dès lors, l'offre ne pourrait être traitée. Ils ont en outre souligné que le courriel de X.N. _____ du 30 juin 2012 était resté sans réponse. Le 5 septembre 2013, consécutivement à des rappels et sommations demeurés sans suite, Y. _____ a fait notifier à Z.N. _____ un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____, pour un montant de 6'794 fr. 40 relatif aux primes impayées

- 9 - pour les mois de janvier à mars 2013, plus intérêt à 5% dès le 31 janvier 2013, ce à quoi s'ajoutaient 150 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratifs. Opposition totale a été faite par X.N. _____. Le 14 février 2014, après avoir procédé sans succès aux rappels et sommations usuels, la caisse a fait notifier à la prénommée un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____, pour un montant de 14'430 fr. 65 correspondant aux primes impayées d'avril à septembre 2013 et à diverses participations aux coûts (facturées les 5 avril 2013, 14 juin 2013, 16 juillet 2013, 23 juillet 2013 et 20 septembre 2013), avec intérêt à 5% dès le 16 juin 2013, plus 550 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratif. Là encore, l'assuré a fait opposition totale. Par deux décisions distinctes du 20 mars 2014, Y. _____ a prononcé la mainlevée des oppositions aux poursuites nos [...] et [...]. Par acte unique du 25 mars 2014, la famille N. _____ a fait opposition à ces décisions, renvoyant aux motifs invoqués dans le cadre du litige alors pendant devant la Cour des assurances sociales (cf. let. A supra). Y. _____ ayant rendu le 14 octobre 2014 deux nouvelles décisions levant les oppositions faites aux commandements de payer nos [...] et [...], la famille N. _____ a recouru le 17 octobre 2014 devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de ces deux prononcés, dont Y. _____ a admis le 9 janvier 2015 qu'ils devaient être levés. Les recourants requérant l'allocation de dépens, la juridiction cantonale a déclaré le recours irrecevable par arrêt du 27 mars 2015 (AM 40/14 – 15/2015), à défaut de décision sur opposition susceptible d'être attaquée par la voie judiciaire. Les intéressés ayant porté l'affaire devant le Tribunal fédéral le 12 mai 2015, celui-ci les a déboutés par arrêt du 20 janvier 2016 (9C_332/2015).

- 10 - Entre-temps, le 8 juin 2015, les assurés ont adressé un nouveau courrier à Y. _____ en complément de l'opposition du 25 mars 2014. Ils y ont maintenu avoir été mal renseignés par le courtier de l'assurance, auquel il appartenait d'informer complètement le client sur les différentes options s'offrant à lui. Or, la famille N. _____ a relevé avoir appris par un tiers l'existence d'une assurance « médecin de famille ». A cela s'ajoutait que la caisse était, pour sa part, soumise à un devoir d'information découlant également des règles de la "culpa in contrahendo". Les intéressés ont par ailleurs soutenu qu'il y avait lieu à compensation avec un montant de 2'602 fr. correspondant aux frais encourus (selon la note établie par leur conseil) dans le cadre d'une plainte déposée le 17 septembre 2014 auprès de l'autorité inférieure de surveillance en matière de poursuites pour dettes et de faillites – plainte déclarée sans objet par décision du 1er décembre 2014 (dûment annexée) ensuite du retrait par la créancière Y. _____ de ses réquisitions de continuer les poursuites nos [...] et [...]. C. Par décision sur opposition du 26 juin 2015, Y. _____ a rejeté l'opposition du 31 juillet 2013 et confirmé la levée de l'opposition dans la poursuite n° [...], exposant notamment ce qui suit : "[...] Le 28.06.2013, nous avons émis une décision relative à la levée de l'opposition concernant la poursuite de l'Office des poursuites du district de B. _____, poursuite n° [...], pour arriérés de primes pour la période de janvier 2012 à décembre 2012 ainsi qu'arriérés de participations aux coûts d'une montant total de CHF 24 657.60 [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 28 juin 2012, CHF 210.- de frais de rappel, CHF 20.- de frais de dossier et CHF 130.65 de frais de recouvrement à la date concernée. [...] Nous avons levé l'opposition à la poursuite par décision du 28.06.2013. Vous avez fait opposition par courriers du 31.07.2013 et du 27.08.2013 [sic]. Dans un premier temps, vous avez fait valoir que Madame Z.N. _____ avait résilié auprès d'Y. _____ l'assurance obligatoire des soins de maladie pour elle-même, son époux et ses enfants. Selon elle, un changement au profit de M. _____ aurait été prévu. Ce concernant, [...]: «[...], 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 arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite». Vous ne pouviez pas changer d'assureur et passez chez M. _____ du fait de tels arriérés, lesquels font l'objet de cette poursuite. Notre créance reste impayée bien que vous ayez fait entrevoir par courrier du 31.07.2013 que Madame Z.N. _____ envisageait de régler les sommes dues dans la mesure où nous renoncerions aux frais de rappel. Le fait que Monsieur U. _____

- 11 - s'occupe également de souscriptions d'assurances pour M. _____ ne change rien au fait que Madame Z.N. _____ est redevable des sommes indiquées et ne pouvait absolument pas changer d'assureur. [...]" Toujours le 26 juin 2015, la caisse a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition du 25 mars 2014 complétée le 8 juin 2015 et levant les oppositions faites dans les poursuites nos [...] et [...], pour les motifs suivants : "Le 20.03.2014, nous avons émis une décision relative à la levée de l'opposition relative à la poursuite de l'Office des poursuites du district de B. _____, poursuite n° [...], pour cause d'arriérés de primes pour la période de janvier 2013 à mars 2013 et d'arriérés de participation aux coûts d'un montant total de CHF 6794.05 [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 31.01.2013, CHF 150.- de frais de rappel et CHF 20.- de frais de dossier. Les frais relatifs à l'ordre de paiement se chiffraient à CHF 73.- plus CHF 36.20 (total: CHF 109.20). [...] Par poursuite séparée n° [...], nous avons fait valoir une créance supplémentaire pour cause d'arriérés de primes pour la période d'avril à septembre 2013 et de participations aux coûts d'un montant total de CHF 14'430.65 [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 16.12.2013, CHF 550.- de frais de rappel et CHF 20.- de frais de

dossier. Les frais relatifs à l'ordre de paiement se chiffraient à CHF 130.60 plus CHF 77.75 (total: CHF 181.05). [...] Nous avons levé les deux poursuites sous forme d'une décision respectivement séparée du 20.03.2014. Étant donné que vous faites opposition par un seul et même courrier du 25.03.2014 complété de l'exposé des motifs de votre opposition du 08.06.2015 et que les deux dossiers sont identiques tant du point de vue de la procédure que des questions juridiques qui se posent, il est justifié de regrouper les deux procédures et de les traiter dans une seule décision sur opposition. Dans votre opposition, vous faites référence à vos arguments émis à l'encontre de poursuites introduites antérieurement, lesquels sont intégralement étrangers à l'affaire. Vous affirmez que l'augmentation des primes qui nous a été imposée par les autorités de surveillance à compter du 01.05.2012 a été instaurée dans l'intention de nous débarrasser des assurés de votre région, ce qui relève du domaine de l'imagination la plus fantaisiste. Ensuite, le fait que votre médecin de famille ait trouvé place sur la liste des médecins de famille agréés par notre caisse dans le domaine de l'assurance médecin de famille vous incite à tirer la conclusion surprenante selon laquelle nous vous aurions trompée étant donné que les primes de l'assurance médecin de famille auraient été inférieures. Nous nous contenterons de vous faire remarquer à ce sujet qu'il appartient aux assurés de se donner la peine de trouver une assurance médecin de famille comportant les restrictions correspondantes et de faire une demande dans ce sens, ce que vous n'avez jamais fait. Enfin, il est clair que le changement de caisse que vous souhaitiez effectuer au 01.05.2012 n'était nullement possible du fait des arriérés [...]. [...] le principe applicable est le suivant: «[...], l'assuré en retard de paiement ne

- 12 - peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriéré[e]s ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite». Nous vous signalons que vos arriérés de primes ont encore augmenté depuis les deux procédures de poursuite. Nous avons de longue date refusé l'arrangement que vous aviez autrefois proposé, à savoir de changer de caisse au 30.11.2012 dans le cadre d'un paiement unique de CHF 5000.- étant donné qu'il s'est clairement avéré contraire à la loi. Dans le complément à votre opposition du 08.06.2015, vous affirmiez que nous vous avons mal conseillé lors de la souscription de votre assurance et que nous ne vous avons pas signalé la possibilité d'opter pour l'assurance médecin de famille (culpa in contrahendo), ce qui était contraire au principe de la bonne foi. Nous rejetons invariablement cette affirmation non confirmée. Les informations sur le système médecin de famille font et faisaient de longue date l'objet de communiqués de presse et d'émissions télévisées. Elles doivent être considérées en tant que connaissances généralement connues. De plus, la charge de la preuve de votre affirmation vous incombe (art. 8 CC). Par ailleurs, vous réclamez CHF 2602.- de frais de dossier dans le cadre de la procédure AM 40/14 – 15/2015 auprès du Tribunal cantonal, cour des assurances sociales du canton de Vaud. Comme celui-ci l'a déterminé dans l'arrêt exécutoire du 27.03.2015, aucune indemnité de procédure ne vous revient pour cette procédure. Il ne nous reste donc pas d'autre possibilité que d'appliquer la procédure légale de recouvrement contre Madame Z.N. _____ en tant que débitrice des primes pour elle, son époux et ses enfants et de refuser tout changement de caisse jusqu'à ce que l'intégralité des sommes dues ai[t] été payé[e]." D. Par acte unique du 20 juillet 2015, les époux N. _____, agissant également pour leurs deux filles, tous représentés par Me Flore Primault, ont recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions sur oppositions rendues le 26 juin 2015, concluant à leur annulation et, principalement, au maintien de l'opposition aux poursuites nos [...], [...] et [...], subsidiairement au renvoi de la cause auprès d'Y. _____ pour

nouvelle décision au sens des considérants. En substance, les recourants soutiennent que l'intimée n'est jamais entrée en matière sur sa propre responsabilité et renvoient « pour mémoire » à leur précédent acte de recours du 23 septembre 2013. Ils reprochent également à la caisse de leur avoir personnellement adressé une décision du 9 juin 2015, bien que les sachant représentés. A l'appui de leurs dires, ils produisent notamment la décision susdite du 9 juin 2015, adressée à Z.N. _____ et levant l'opposition faite dans la poursuite n° [...] pour un montant de 13'738 fr. 20 correspondant à des primes impayées d'octobre à décembre 2013 et de janvier à mars 2014.

- 13 - Par réponse du 19 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle renvoie pour l'essentiel aux motifs invoqués dans les décisions entreprises et relève, au surplus, que l'envoi de la décision du 9 juin 2015 directement à l'assurée et non à son avocate dans le cadre d'une nouvelle poursuite n° [...] n'a aucun lien avec la présente procédure. Par envoi du 19 novembre 2015, les recourants versent en cause une lettre adressée par leur conseil le 19 octobre précédent à Y. _____ en vue de trouver une solution transactionnelle, ainsi que la réponse de la caisse du 29 octobre 2015, indiquant que la conclusion d'un compromis sur les arriérés de primes est légalement impossible mais qu'il reste loisible aux assurés de lui soumettre une proposition constructive. Les recourants produisent également un courrier de Me Primault du 19 novembre 2015 destiné à Y. _____, soulignant que selon la législation topique les litiges portant sur les prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction et se référant, faute de concertation, à la possibilité d'une proposition constructive telle que réservée par la caisse. Aux termes de leur réplique du 2 mars 2016, les recourants expliquent que les tentatives de négociation avec la partie adverse ont jusqu'ici échoué et se déclarent en faveur de l'appointement d'une audience de conciliation afin de régler le litige. Sous un autre angle, les recourants maintiennent qu'U. _____ – qui s'est permis de les railler lorsqu'ils lui ont indiqué « qu'ils ne roulaient pas sur l'or » – a violé ses obligations en ne les tenant pas informés de l'option « Y. _____-Telcare » et des autres options d'assurances permettant une réduction de primes. Ils reprochent ainsi au prénommé d'avoir failli au devoir de conseil incombant à un courtier en assurances. Par ailleurs, ils estiment qu'à l'aune des principes découlant de la "culpa in contrahendo", il incombait à l'intimée de les informer de la possibilité de conclure une assurance moins chère, par exemple sous la forme de celle dite du « médecin de famille ». Evoquant en outre l'échec de toute transaction, les recourants font valoir que la caisse use et abuse des dispositions légales en les détournant

- 14 - manifestation de leur but, ce qui constitue un abus de droit. En annexe, ils produisent un courrier rédigé par leur conseil à l'attention d'Y. _____ le 12 janvier 2016 proposant alternativement deux issues transactionnelles – la première consistant en un règlement des montants dus ainsi que des primes en souffrance sous déduction d'une quote-part de 10% au titre du médecin de famille depuis juin 2012, la seconde en un paiement de l'intégralité des primes en souffrance à ce jour basé sur les montants en vigueur à l'époque où les assurés avaient manifesté leur envie de quitter Y. _____, le solde contesté étant dans les deux cas consigné et la résiliation de la couverture d'assurance acceptée pour janvier 2016. Dupliquant le 6 avril 2016, l'intimée confirme sa position. Plus particulièrement, elle explique ne pas pouvoir légalement donner suite aux propositions transactionnelles des recourants et ajoute que la législation vise précisément à empêcher qu'un assureur-maladie cède un assuré inconfortable au suivant, uniquement parce que le recouvrement devient pour lui considérablement plus difficile au fil des ans. Y. _____ relève que même si elle

accédait aux propositions – illégales – des recourants, le nouvel assureur ne manquerait pas de s'en apercevoir tôt ou tard, ce qui entraînerait le dépôt d'un recours et l'annulation du changement d'assureur, avec au final une autre procédure judiciaire et des charges administratives considérables pour les parties impliquées. Par ailleurs, ne pouvant passer outre le système légal, l'intimée considère qu'une audience de conciliation n'aurait aucun sens. A son écriture, Y. _____ joint notamment un courrier adressé le 25 février 2016 au conseil des recourants, exposant que la caisse, en tant qu'assureur, ne peut que faire valoir l'arriéré de primes par la voie légale et que ce n'est qu'une fois en possession d'un acte de défaut de biens que les primes impayées pourront être requises auprès du canton. Par avis du 10 mai 2016, la juge instructeur a fait savoir aux parties qu'elle refusait de fixer une audience de conciliation.

- 15 - 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 (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. 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). 2. A titre liminaire, il y a lieu d'observer que les deux décisions querellées rendues le 26 juin 2015 par l'intimée ont pour objet trois procédures de recouvrement d'arriérés de primes et de participations aux coûts. Ces décisions ont été attaquées conjointement par les recourants dans leur mémoire de recours du 20 juillet 2015 et, au vu des arguments invoqués, s'inscrivent toutes deux dans le prolongement de l'état de fait ayant donné lieu à l'arrêt rendu par la Cour de céans le 13 juin 2014 (CASSO AM 39/13 – 25/2014). Il se justifie dès lors de les traiter dans le cadre d'une seule et même procédure. 3. 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

- 16 - 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 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé des deux décisions rendues par Y. _____ le 26 juin 2015, prononçant la mainlevée de l'opposition dans le cadre de trois procédures de poursuites – à savoir la poursuite n° [...] à hauteur de 24'657 fr. 60 (frais de poursuite non compris), se rapportant aux primes échues pour les mois de janvier à décembre 2012 ainsi qu'à une facture de participation aux coûts impayée du 9 mars 2012, la poursuite n° [...] à concurrence de 6'794 fr. 40 (frais de poursuite non compris), concernant des arriérés de primes pour les mois de janvier à mars 2013, et enfin la poursuite n° [...] d'un montant 14'430 fr. 65 (frais de

poursuite non compris), correspondant aux primes dues pour les mois d'avril à septembre 2013 et à cinq factures de participation aux coûts impayées des 5 avril 2013, 14 juin 2013, 16 juillet 2013, 23 juillet 2013 et 20 septembre 2013. 4. 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). b) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le

- 17 - domaine de l'assurance-maladie sociale (cf. art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1) (cf. TF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1 ; cf. également art. 105b OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance- maladie ; RS 832.102]). L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit (cf. ATF 134 III 115 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1 et 9C_742/2011 précité consid. 5.1). Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (cf. ATF 134 III 115 consid. 4.1.2 ; cf. TF 9C_414/2015 précité consid. 4.2.1). 5. Au cas particulier, il apparaît que si les recourants mettent en cause le bien-fondé des créances de l'intimée dans les poursuites nos [...], [...] et [...], ils ne font toutefois valoir aucun motif pertinent à l'appui de leur contestation – loin s'en faut. a) Dans leur mémoire de recours du 20 juillet 2015, les intéressés ont en effet reproché à l'intimée de ne pas être entrée en matière sur sa propre responsabilité, en renvoyant sur le sujet aux arguments invoqués dans le cadre d'une procédure antérieure, enregistrée sous la référence AM 39/13 – 25/2014, et plus particulièrement à l'acte de recours déposé dans ce contexte le 23 septembre 2013 (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2015 p. 2). Dans leur réplique du 2 mars

- 18 - 2016 (p. 1 et 2), ils ont, comme lors de cette procédure antérieure, invoqué une violation du devoir d'informer et ont plus particulièrement reproduit la motivation déjà développée à ce sujet dans leur réplique du 13 décembre 2013 (pp. 3 et 4) afférente à cette même affaire, s'agissant du devoir d'information incombant au courtier d'assurance et des griefs tirés de la "culpa in contrahendo". Or, non seulement cette procédure a-t-elle fait l'objet d'un arrêt au fond rendu le 13 juin 2014, dans lequel la Cour de céans a réfuté les objections mises en avant par les assurés notamment sous l'angle du devoir d'information (cf. CASSO AM 39/13 – 25/2014 précité spéc. consid. 3b/cc), mais encore le jugement cantonal est-il entré en force, après avoir été validé par le Tribunal fédéral le 17 décembre 2014 sous l'angle formel du droit d'être entendu (cf. TF 9C_582/2014 précité spéc. consid.

3.3). C'est dire que la position des recourants, consistant à reprendre à l'identique des éléments déjà présentés devant la Cour de céans et sur lesquels cette dernière s'est prononcée exhaustivement dans un arrêt entré en force, ne peut qu'être écartée sans qu'il ne soit nécessaire de procéder ici à de plus amples développements sur le sujet. b) Pour le reste, en tant que les recourants se sont prévalus de ce qu'une décision d'Y. _____ du 9 juin 2015 leur avait été personnellement notifiée au lieu d'être adressée à leur avocate (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2015 p. 2), la Cour ne peut que rejoindre l'intimée (cf. réponse du 19 août 2015 p. 3) pour constater que dite décision porte sur une nouvelle procédure de poursuite n° [...] étrangère à la présente affaire (cf. consid. 3b supra). Sous cet angle, l'argumentation des recourants est donc inopérante. On ne peut davantage donner suite au grief de l'abus de droit invoqué par les assurés, en lien avec le refus de l'intimée d'accéder aux propositions transactionnelles formulées par l'entremise de leur conseil (cf. réplique du 2 mars 2016 p. 3). L'art. 50 al. 1 LPGa prévoit à cet égard que les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction. Il s'agit là d'une simple possibilité offerte par

- 19 - le législateur et subordonnée – entre autres – à la libre volonté des parties, une transaction présupposant par définition l'accord de l'ensemble des acteurs impliqués. Les parties étant ainsi libres de donner ou non leur consentement aux fins de trouver une issue transactionnelle, on voit donc mal en quoi le fait de refuser de transiger pourrait être constitutif d'un abus de droit. En tout état de cause, la Cour de céans ne saurait se prononcer quant à la façon dont l'intimée a accueilli les propositions soumises par le conseil des recourants. Par surabondance, on notera encore que selon la lettre de l'art. 50 al. 1 LPGa, la possibilité de transiger est limitée aux seuls litiges portant sur des prestations des assurances sociales. A cet égard, si le Tribunal fédéral a certes considéré que les raisons ayant conduit le législateur à émettre une telle restriction n'empêchaient aucunement la conclusion d'une transaction dans le contexte d'une procédure de recours portant sur une créance en réparation du dommage ou sur des prétentions réciproques, il a en revanche exclu une telle possibilité lorsque les contestations portaient uniquement sur des cotisations (cf. ATF 140 V 108 consid. 5.3.5 et les références citées) – comme en l'espèce, s'agissant du non-paiement de primes d'assurance-maladie et de participations aux coûts. Ainsi, on relèvera par exemple que la jurisprudence genevoise se montre catégorique en retenant qu'aucune transaction ne peut intervenir lorsqu'il s'agit du paiement de primes (cf. entre autres ATAS/865/2015 du 17 novembre 2015 consid. 21 et ATAS/330/2015 du 5 mai 2015 consid. 11). Cela étant, une éventuelle issue transactionnelle dans la présente affaire apparaît fortement compromise. Cette question n'étant pas déterminante pour l'issue du litige, elle peut toutefois souffrir de demeurer indécise. c) Au final, les recourants – affiliés auprès d'Y. _____ pour l'assurance obligatoire des soins durant la période ayant donné lieu aux primes et participations aux coûts litigieuses, à savoir entre 2012 et 2013 – n'ont donc apporté aucun élément pertinent mettant 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 [...].

- 20 - 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, doivent être confirmés. Tout au plus relèvera-t-on ici qu'il ne saurait être question de compenser ces montants avec les frais d'avocat encourus par les assurés dans le cadre de la procédure ouverte en 2014 devant l'autorité de surveillance en matière de poursuite pour dettes et de

faillites (cf. opposition du 8 juin 2015 p. 2). Certes, contrairement à ce qu'a retenu la caisse, ces frais ne se rapportent pas à la procédure AM 40/14 – 15/2015 ayant fait l'objet de l'arrêt de la Cour de céans du 27 mars 2015 (cf. décision sur opposition du 26 juin 2015 se rapportant aux poursuites nos [...] et [...] p. 2). Toujours est-il que selon la jurisprudence (cf. ATF 110 V 183 consid. 3 ; cf. TASS AM 66/04 – 28/2005 du 6 mai 2005 consid. 8, confirmé par TFA K 88/05 du 1er septembre 2006), l'assuré ne peut invoquer de manière générale la compensation pour s'opposer au paiement d'un montant dû au titre de primes ou de participations aux coûts. Cette interdiction résulte de l'art. 125 ch. 3 CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220), selon lequel l'administré ne peut compenser une créance de droit public ou privé dont il dispose avec une créance de droit public de l'Etat ou des communes qu'avec leur accord (cf. Thierry Tanquerel, Manuel de droit administratif, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 755 p. 255). Il appartient en effet uniquement à l'assureur social, et non à l'assuré, de déterminer le contenu des prétentions de droit public. 6. 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).

- 21 - L'art. 64a LAMal prévoit que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 phr. 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 et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6 phr. 1). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8 phr. 2). Selon l'art. 105b OAMal, en cas de non-paiement par l'assuré des primes et des participations aux coûts, l'assureur envoie la sommation dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2). Selon la jurisprudence, il y a 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). b) Au cas particulier, on rappellera tout d'abord que faute pour les recourants de s'être acquittés des primes afférentes aux mois de janvier à décembre 2012, de janvier à mars 2013 et d'avril à septembre 2013, ainsi que de diverses participations aux coûts entre 2012 et 2013, aucune résiliation de la couverture d'assurance obligatoire des soins auprès d'Y. _____ ne peut intervenir, conformément à l'art. 64a al. 4 LAMal. Ce n'est, en d'autres termes, qu'une fois toutes leurs obligations

- 22 - financières acquittées que les intéressés pourront changer d'assureur (cf. notamment TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.3). Pour le reste, les primes litigieuses (soit 24'513 fr. 60 de janvier à décembre 2012 [poursuite n° [...]], 6'794 fr. 40 de janvier à mars 2013 [poursuite n° [...]] et 13'588 fr. 80 d'avril à septembre 2013 [poursuite n° [...]]) de même que les sommes réclamées à titre de participations aux coûts (soit 144 fr. pour la poursuite n° [...] et 841 fr. 85 pour la poursuite n° [...] [480 fr. 10 + 47 fr. 30 + 225 fr. 70 + 66 fr. 35 + 22 fr. 40]) sont dues par les recourants (cf. consid. 5c 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 ne peuvent pas faire l'objet d'un tel intérêt moratoire (cf. art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal a contrario). Au cas d'espèce, s'agissant de la poursuite n° [...], les primes auraient respectivement dû être acquittées entre le 1er janvier et le 1er décembre 2012. Il en résulte que le dies a quo doit être fixé au 1er juillet 2012 et non au 28 juin 2012 tel que retenu par l'intimée (cf. commandement de payer du 12 juin 2013 et décision sur opposition du 26 juin 2015 portant sur la poursuite n° [...]). Pour la poursuite n° [...], les primes auraient dû être payées entre le 1er janvier et le 1er mars 2013, induisant une échéance moyenne au 1er février 2013 et non au 31 janvier 2013 (cf. commandement de payer du 5 septembre 2013 et décision sur opposition du 26 juin 2015 se rapportant à la poursuite n° [...]). Enfin, concernant la poursuite n° [...], les primes sont échues entre le 1er avril et le 1er septembre 2013, ce qui correspond à une échéance moyenne au 1er juillet 2013 et non au 16 juin 2013 (cf.

- 23 - commandement de payer du 14 février 2014 et décision sur opposition du 26 juin 2015 relative à la poursuite n° [...]). 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 210 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (concernant les primes échues pour les mois de janvier à décembre 2012 ainsi qu'une facture de participation aux coûts), 150 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (portant sur les primes impayées des mois de janvier à mars 2013) et 550 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (relative au paiement des primes mensuelles d'avril à septembre 2013 ainsi que de cinq factures de participation aux coûts). Le montant de ces frais n'apparaît pas disproportionné. En ce qui concerne par ailleurs les frais de dossier, arrêtés à 20 fr. dans chacune des trois poursuites précitées, ils sont également justifiés notamment au regard des multiples rappels que l'intimée a dû adresser aux recourants. On notera encore que, contrairement aux frais de sommation et aux frais d'administration, les frais de poursuite ne peuvent faire l'objet de mainlevée. Les frais facturés par l'Office des poursuites suivent le sort de la poursuite (cf. art. 68 LP ; cf. RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4 ; cf. également JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron ; cf. JdT 1979 II 127) ; il n'appartient donc pas au juge des assurances sociales de statuer à leur propos. Pour le surplus, la procédure de recouvrement à proprement parler n'est pas contestée par les recourants. 7. Au demeurant, il sied encore de rappeler que la juge instructeur a refusé le 10

mai 2016 d'appointer une audience de conciliation et que rien ne justifie à ce stade de revenir sur cette décision, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit

- 24 - (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008). 8. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre très partiellement le recours, en ce sens que les décisions sur opposition litigieuses doivent réformées comme suit : - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de B._____ est levée à raison d'un montant de 24'513 fr. 60 correspondant aux primes impayées des mois de janvier à décembre 2012, intérêt débiteur de 5% l'an dès le 1er juillet 2012 en sus, d'une somme 144 fr. au titre d'une facture de participation aux coûts du 9 mars 2012, ainsi que de 210 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais de dossier ; - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de B._____ est levée à raison d'un montant de 6'794 fr. 40 représentant les primes impayées des mois de janvier à mars 2013, intérêt débiteur de 5% l'an dès le 1er février 2013 en sus, ainsi que de 150 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais de dossier ; - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de B._____ est levée à raison d'un montant de 13'588 fr. 80 représentant les primes impayées des mois d'avril à septembre 2013, intérêt débiteur de 5% l'an dès le 1er juillet 2013 en sus, d'une somme de 841 fr. 85 relative à des factures de participation aux coûts des 5 avril 2013, 14 juin 2013, 16 juillet 2013, 23 juillet 2013 et 20 septembre 2013, ainsi que de 550 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais de dossier. Les oppositions aux commandements de payer dans les poursuites nos [...], [...] et [...] sont définitivement levées à concurrence des montants mentionnés ci-dessus.

- 25 - b) Reste à statuer sur les frais et dépens. aa) La procédure de recours en droit des assurances sociales est gratuite, sous réserve d'une procédure menée par témérité ou avec légèreté (cf. art. 61 let. a LPGA). Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (cf. ATF 124 V 287 consid. 3b et les références citées). En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à retirer son recours. Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité : il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (cf. TF 9C_438/2014 & 9C_665/2014 du 23 décembre 2014 consid. 6.1 avec les références citées). En l'occurrence, force est de constater qu'à l'appui de la présente procédure judiciaire, les recourants ont essentiellement invoqués des motifs déjà soulevés devant la Cour de céans et sur lesquels cette dernière s'était prononcée dans le cadre de son arrêt du 13 juin 2014 afférent à la procédure AM 39/13 – 25/2014 (cf. consid. 5a supra). Une telle attitude, qui revient en définitive à faire abstraction d'un jugement entré en force, relève en soi de la témérité. Cela étant, dans la mesure où les recourants obtiennent gain de cause, même très partiellement s'agissant uniquement du dies a quo de l'intérêt moratoire, on renoncera de ce fait à leur

imputer une astreinte aux frais de procédure.

- 26 - bb) 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 Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est très partiellement admis. II. Les décisions sur oppositions rendues le 26 juin 2015 par Y. _____ – [...] sont réformées en ce sens que : - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____ est levée à raison d'un montant de 24'513 fr. 60 correspondant aux primes impayées des mois de janvier à décembre 2012, intérêt débiteur de 5% l'an dès le 1er juillet 2012 en sus, d'une somme 144 fr. au titre d'une facture de participation aux coûts du 9 mars 2012, ainsi que de 210 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais de dossier ; - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____ est levée à raison d'un montant de 6'794 fr. 40 représentant les primes impayées des mois de janvier à mars 2013, intérêt débiteur de 5% l'an dès le 1er février 2013 en sus, ainsi que de 150 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais de dossier ; - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de B. _____ est levée à raison d'un montant de 13'588 fr. 80 représentant les primes impayées des mois d'avril à septembre 2013, intérêt

- 27 - débiteur de 5% l'an dès le 1er juillet 2013 en sus, d'une somme de 841 fr. 85 relative à des factures de participation aux coûts des 5 avril 2013, 14 juin 2013, 16 juillet 2013, 23 juillet 2013 et 20 septembre 2013, ainsi que de 550 fr. de frais de rappel et 20 fr. de 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. IV. Il 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 réduits. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Flore Primault (pour les recourants), - Y. _____ – [...], - 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

- 28 - 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.