

# **VD\_GERICHTE ZE15.053133 vom 5. Juli 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE15.053133](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE15.053133)

FR: VD\_GERICHTE ZE15.053133 du 5 juillet 2016

IT: VD\_GERICHTE ZE15.053133 del 5 luglio 2016

## **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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMaI). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGa est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGa. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGa (cf. art. 93 let. a LPA-VD). Selon l'art. 56 LPGa, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, tout comme le refus de rendre une décision. c) La voie du recours au Tribunal cantonal est ainsi ouverte contre la décision sur opposition rendue en application des dispositions de la LAMaI (art. 1 al. 1 LAMaI; art. 56 al. 1 LPGa). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa), le recours a été déposé en temps utile. Même si l'acte de recours est exempt de toute motivation, les griefs du recourant se déduisent de sa correspondance du 27 novembre 2015 à l'intimée, de telle sorte qu'il convient d'entrer en matière (ATF 115 Ia 12 consid. 2b). d) La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le magistrat instructeur est compétent pour statuer en tant que juge unique (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

- 6 - 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; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le recourant conteste le principe et la quotité des primes, de même que la perception de frais administratifs et des intérêts moratoires. Il ne conteste pas la réception des décomptes de primes litigieuses, rappels et sommations.

### **E. 3**

a) Un des buts principaux de la LAMaI est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 266 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMaI pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMaI ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1971 p. 51). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMaI [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). Selon l'art. 7 LAMaI, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). 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, première phrase).

- 7 - b) Selon l'art. 64a al. 1 LAMaI, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, première phrase). En dérogation à l'art. 7 LAMaI, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase). L'art. 105l OAMaI prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMaI dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105b al. 1 OAMaI. En matière d'assurance obligatoire de soins, les assureurs ne sont pas libres de choisir de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts mais bien au contraire obligés de le faire au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMaI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 ; dès le 1er janvier 2016 : art. 5 let. f LSAMaI [loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]). c) En l'occurrence, il ressort des pièces produites par l'intimée que le recourant était affilié auprès d'elle en 2014 en matière d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Le recourant invoque dans son courrier du 27 novembre 2015 à l'intimée l'existence d'une résiliation antérieure de la police. Il sera rappelé ici que le principe inquisitoire prévalant en droit des assurances sociales n'est pas absolu dans la mesure où les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela

- 8 - peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; Pratique VSI 5/1994, p. 220 consid. 4). Or, le recourant ne produit aucun document attestant d'une part de l'absence de retard de paiement autorisant un changement d'assureur en 2014 et d'autre part de ce qu'il aurait été nouvellement assuré auprès d'un autre assureur en 2014. Il convient donc de considérer

qu'il était régulièrement assuré auprès d'Intras en 2014. Quant à la quotité de la prime, outre qu'elle aura été approuvée par l'Office fédéral de la santé publique, elle correspond à celle prévue par la police d'assurance.

#### **E. 4**

Le recourant conteste la perception de frais administratifs. a) Selon l'art. 105b al. 2 OAMal, 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. Les frais de rappel, respectivement de dossier, constituent l'accessoire de la créance; selon la jurisprudence, l'assureur ne peut les mettre à la charge de l'assuré qu'à la double condition que cette mesure soit prévue par les conditions générales d'assurance et qu'il y ait faute de la part de l'intéressé (ATF 125 V 276). Il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige l'assureur à lui adresser des rappels l'exhortant à s'acquitter de ses cotisations (TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6 in fine). Cette jurisprudence est très restrictive, en ce sens qu'il suffit que l'omission de l'assuré ait obligé la caisse à entamer une procédure de recouvrement pour que celui-ci soit réputé en faute. b) En l'espèce, les conditions cumulatives autorisant la perception de frais administratifs sont réalisées : les primes litigieuses ont fait l'objet de rappels et sommations d'une part, et d'autre part, l'art. 14.3 du Règlement des assurances selon la LAMal de l'intimée, dans son édition 01.2014 (ci-après : le Règlement), précise que les dépenses d'Intras pour

- 9 - frais de sommation et de poursuites sont à la charge de la personne assurée. Le montant de 150 fr. réclamé par l'intimée à titre de frais administratifs n'apparaît ni disproportionné, ni arbitraire (RAMA 1988 n° K 789 p. 431 consid. 2c).

#### **E. 5**

La perception d'intérêts moratoires par l'intimée est également litigieuse. a) Aux termes de l'art. 26 al. 1 LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires, le taux d'intérêt moratoire étant de 5% l'an (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11] et 105a OAMal). Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée, étant rappelé que selon l'art. 90 al. 1 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois. L'intérêt moratoire court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA). b) La perception de l'intérêt moratoire est impérative. Ce caractère impératif se déduit de l'article 26 al. 1, deuxième phrase, LPGA, lequel précise que le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions (à l'intérêt moratoire de 5%) pour les créances modestes ou échues depuis peu. Or, aucune exception fondée sur cette disposition n'ayant été prévue par cette autorité dans le cadre de l'OAMal, on doit en déduire qu'en matière d'assurance-maladie, l'assureur ne peut renoncer à la perception d'intérêts moratoires. Pour le surplus, l'intimée a appliqué le taux légal et retenu de manière non critiquable l'échéance moyenne du 30 novembre 2014 comme point de départ des intérêts moratoires, la jurisprudence considérant, s'agissant d'un dommage périodique, que l'intérêt doit être fixé, pour des raisons pratiques, selon une échéance moyenne (ATF 131 III 12 consid. 9.5 ; TF 4A\_463/2008 du 20 avril 2010 consid. 4.9.2, non publié in ATF 136 III 310).

- 10 - Cela étant, le grief d'une violation du principe d'égalité de traitement tombe à faux.

## E. 6

En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée, étant rappelé que les frais de poursuite 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 ; JdT 1979 II 127).

## E. 7

a) Selon l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en droit des assurances sociales est gratuite, sous réserve d'une procédure menée par témérité ou avec légèreté. 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 (ATF 124 V 285 consid. 3b et les références citées). En l'occurrence, avant le dépôt du présent recours, D. \_\_\_\_\_ a déjà procédé à l'encontre d'Intras à répétées reprises pour contester, en vain, le principe de son affiliation, la perception de primes comme celle d'intérêts moratoires et de frais administratifs. Cela étant, l'introduction d'un nouveau recours pour un contexte de fait litigieux identique relève de la témérité et fonde une astreinte aux frais. b) En sa qualité d'assureur social, Intras n'a pas droit à l'allocation de dépens (ATF 128 V 323).

- 11 - Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 octobre 2015 par Intras Assurance-maladie SA est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de D. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - M. D. \_\_\_\_\_, - Intras Assurance-maladie SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 12 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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