

VD_GERICHTE ZE19.005375 vom 6. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE19.005375

FR: VD_GERICHTE ZE19.005375 du 6 mai 2019

IT: VD_GERICHTE ZE19.005375 del 6 maggio 2019

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 6/19 - 19/2019 ZE19.005375 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 6 mai 2019 _____ Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Monod ***** Cause pendante entre : B. _____, à [...], recourant, et
MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée. _____ Art. 26
al. 1 LPGA ; 64a LAMal ; 7 al. 1 OPGA ; 90, 105a, 105b et 105l OAMal 403

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est assuré auprès de
Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après également : l'assureur ou l'intimée) pour
l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Les primes mensuelles s'élevaient à 526
fr. 35 en 2017 et 529 fr. 60 en 2018, compte tenu d'une franchise annuelle de 300 francs. Le
20 novembre 2017, Mutuel Assurance Maladie SA a adressé à l'assuré un décompte de
participation portant sur le montant de 177 fr. 10 pour l'année 2017. Faute de paiement, ce
montant a fait l'objet d'un rappel avec frais de 10 fr. le 19 février 2018 et d'une sommation
avec frais de 30 fr. le 19 mars 2018. Le 8 janvier 2018, l'assureur a adressé à l'assuré une
facture afférente aux primes de janvier 2018 et février 2018 pour le montant de 877 fr. 20,
compte tenu du subside d'assurance-maladie. Cette somme a fait l'objet d'un rappel avec
frais de 10 fr. le 19 février 2018 et d'une sommation avec frais de 30 fr. le 19 mars 2018. Le
22 janvier 2018, Mutuel Assurance Maladie SA a expédié à l'assuré une facture afférente à
la prime de mars 2018 pour le montant de 438 fr. 60. Cette somme a fait l'objet d'un rappel
avec frais de 10 fr. le 19 mars 2018 et d'une sommation avec frais de 30 fr. le 23 avril 2018.
Le 5 février 2018, Mutuel Assurance Maladie SA a établi une facture rectificative à
l'attention de l'assuré pour les primes d'octobre 2017 à décembre 2017, vu le subside
d'assurance-maladie. Le paiement de 774 fr. 55 était réclamé pour cette période. Faute de
paiement, cette somme a fait l'objet d'un rappel avec frais de 10 fr. le 19 mars 2018 et
d'une sommation avec frais de 30 fr. le 23 avril 2018. En l'absence de tout encaissement
des sommes facturées, Mutuel Assurance Maladie SA a procédé au recouvrement de sa
créance

- 3 - par voie de poursuite auprès de l'Office des poursuites [...] dès le 2 juin 2018. Un
commandement de payer n° [...] a été notifié à l'assuré le 15 juin 2018 pour les montants
détaillés ci-après : Participation LAMal 08.2017 – 09.2017 CHF 177.10 Primes LAMal
10.2017 – 03.2018 CHF 2'090.35 Frais administratifs CHF 240.00 Intérêts échus CHF
30.85 Frais de poursuite CHF 73.30 Total CHF 2'611.60 Les sommes de 177 fr. 10 et 2'090
fr. 35 portaient intérêts à 5 % dès le 4 juin 2018. L'assuré a formé opposition totale au
commandement de payer au moment de sa notification. Par décision du 27 juin 2018,
Mutuel Assurance Maladie SA a confirmé l'intégralité de sa créance et prononcé la
mainlevée de l'opposition formée à l'encontre du commandement de payer n° [...]. L'assuré
s'est opposé à cette décision par correspondance du 27 août 2018, contestant en particulier

les frais administratifs, à concurrence de 120 fr., et requérant la suspension de la poursuite jusqu'à droit jugé suite aux procédures judiciaires engagées en lien avec le montant du subside d'assurance-maladie. Mutuel Assurance Maladie SA a rejeté l'opposition par décision sur opposition du 31 décembre 2018. B. L'assuré a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 4 février 2019, concluant à son annulation. Il a contesté les montants afférents aux frais administratifs et intérêts, estimant que l'assureur s'était indûment enrichi à ses dépens. Il a notamment relevé que le montant du subside d'assurance-maladie avait été augmenté dès le mois de janvier 2018 ce qui diminuait sa dette vis-à-vis de Mutuel Assurance

- 4 - Maladie SA. L'assureur n'avait procédé aux rectifications utiles pour tenir compte de cette augmentation que tardivement, ce qui majorait à son avis illégalement les frais facturés et les intérêts échus. Mutuel Assurance Maladie SA a répondu au recours le 11 mars 2019 et en a proposé le rejet, tout en étayant les explications précédemment communiquées dans la décision sur opposition querellée. Elle a produit un tirage de son dossier, accompagné des conditions générales d'assurance en vigueur depuis avril 2016. Invité à répliquer le 12 mars 2019, l'assuré ne s'est pas déterminé plus avant, de sorte que la cause a été gardée à juger. Les arguments des parties et les éléments de fait seront repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie] ; RS 832.10). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGa). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa).

- 5 - b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGa et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève par ailleurs de la compétence d'un membre de cette cour statuant en tant que juge unique. 2. Le présent litige a pour objet le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 31 décembre 2018 par l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer n° [...] pour la participation aux coûts, les primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins relatives aux mois d'octobre 2017 à mars 2018, ainsi que les frais administratifs et intérêts corrélatifs. 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 et les participations aux coûts découle de l'art. 61 LAMaI, respectivement de l'art.

64 LAMal ; 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 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]).

- 6 - b) Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Selon la jurisprudence, les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2 et les références). Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue, totalement ou partiellement, à l'assuré pour le paiement de ses primes, sous réserve de l'hypothèse – exceptionnelle et non réalisée en l'espèce – où le subside est versé directement à l'assuré. S'il ne bénéficie plus d'un tel subside, que ce soit à titre provisoire – dans l'attente de la décision de l'autorité compétente pour l'octroi dudit subside – ou définitif, l'assuré est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur (TF K 13/06 du 29 juin 2007 consid. 4.5). Quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. Pour remédier à cette situation, le législateur a chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal ; Message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, FF 1999 775). Cette invitation aux cantons à légiférer en la matière ne change cependant rien au fait qu'en l'absence de l'octroi effectif d'une réduction de primes, les assureurs sont tenus par le droit fédéral (art. 64a al. 1 et 2 LAMal) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (TF 9C_5/2008 du 13 février 2008 consid. 1.4). c) Selon l'art. 64a al. 1 LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai

- 7 - impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, 1ère phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, 2ème phrase). A teneur de l'art. 105b al. 1 OAMal, l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels. L'art. 105l OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105b al. 1 OAMal. d) 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. 5 let. f LSAMal [loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]). e) En l'espèce, le recourant ne conteste pas être débiteur des primes impayées d'octobre 2017 à mars 2018, ainsi que de la participation aux coûts des mois d'août et septembre 2017. Il ne peut cela

étant bénéficiaire d'une suspension de la procédure de recouvrement tenant compte de sa demande de subsides, vu les règles rappelées ci-dessus sous consid. b, les dispositions sur la LAMal en relation avec le droit aux subsides ne prévoyant de toute façon pas une telle possibilité. La suspension de la présente procédure requise par le recourant peut d'ailleurs être écartée pour les mêmes motifs. On ajoutera dans ce cadre que le procédé de l'intimée établissant une facture rectificative dès la connaissance du montant définitif du subside ne prête pas flanc à la critique. 4. 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 effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant

- 8 - approprié, 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. 3.1 des Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, édictées par l'intimée le 1er avril 2016, précise qu'à défaut de paiement des primes, franchises et quotes-parts, Mutuel Assurance Maladie SA est autorisée à percevoir des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. Le montant de 240 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). Les griefs du recourant en lien avec le montant des frais administratifs, tel que ressortant du commandement de payer n° [...], peuvent en conséquence être écartés. On relèvera que les frais de poursuite à hauteur de 73 fr. 30 sont indépendants des frais d'administration ressortant de l'art. 105b al. 2 OAMal. Les frais de poursuite suivent au demeurant le sort de la poursuite en vertu de l'art. 68 LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et faillite ; RS 281. 1). 5. 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

- 9 - 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 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois, et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA). b) La perception d'un intérêt moratoire s'avère impérative. Ce caractère impératif se déduit de l'article 26 al. 1, 2ème 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 de sorte que les intérêts calculés n'apparaissent pas critiquables. Ces intérêts, calculés à

l'échéance de chacune des factures émises par l'intimée et arrêtés à 30 fr. 85, peuvent être confirmés. Ils n'ont pas lieu d'être confondus ou déduits de ceux facturés aux termes du commandement de payer n° [...], dès l'introduction de la procédure de poursuite à compter du 4 juin 2018. 6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Selon l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en droit des assurances sociales est gratuite, sous réserve d'une procédure menée de manière téméraire 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 devant 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 287 consid. 3b et les références citées). 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,

- 10 - 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 (TF 9C_438/2014 et 9C_665/2014 du 23 décembre 2014 consid. 6.1 avec les références citées). En l'occurrence, force est de constater que dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant a pour l'essentiel invoqué des motifs déjà soulevés devant la Cour de céans et sur lesquels cette dernière s'était déjà prononcée dans le cadre d'un arrêt du 19 décembre 2018 rendu en la cause AM 31/2018 – 56/20018 l'opposant à l'intimée. Il cite du reste lui-même cet arrêt aux termes de son écriture de recours du 4 février 2019. L'attitude du recourant, qui revient en définitive à faire abstraction d'un arrêt cantonal entré en force, confine à la témérité. Le recourant est dès lors averti que s'il devait à l'avenir s'obstiner à faire fi des considérants de la Cour de céans, un éventuel nouveau recours auprès du Tribunal cantonal portant sur les mêmes objets pourrait être considéré comme téméraire au sens de l'art. 61 let. a LPGA, ce qui impliquerait la mise à sa charge de frais de justice. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et l'intimée n'y ayant pas droit en sa qualité d'assureur social (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 31 décembre 2018 par Mutuel Assurance Maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - B._____, à [...], - Mutuel Assurance Maladie SA, à Martigny, - Office fédéral de la santé publique, à Berne. 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.