

VD_GERICHTE ZE19.027464 vom 28. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE19.027464

FR: VD_GERICHTE ZE19.027464 du 28 novembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZE19.027464 del 28 novembre 2019

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 22/19 - 58/2019 ZE19.027464 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 28 novembre 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. En 2018, les primes mensuelles
s'élevaient à 529 fr. 60, compte tenu d'une franchise annuelle de 300 fr., auxquels
s'ajoutaient 40 fr. 40 au titre de la couverture accident, pour un total de 570 francs. L'Office
vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) a alloué à l'assuré un subside cantonal mensuel
pour l'année 2018, fixé dans un premier temps à 91 francs. Par décision du 23 avril 2018,
l'OVAM a porté ce subside mensuel à 165 fr. dès janvier 2018. Il a augmenté le subside à
213 fr. dès septembre 2018 par décision du 1er septembre 2018. Le 17 septembre 2018,
Mutuel Assurance Maladie SA a adressé à l'assuré une facture rectificative pour la période
de janvier 2018 à novembre 2018 à hauteur de 2'772 fr. 80, tenant compte de la
modification du subside cantonal. Cette facture est libellée comme suit : Du 01.01.2018 au
31.03.2018 Subside cantonal 3 -74.00 -222.00 Du 01.04.2018 au 31.08.2018 Assurance
obligatoire des 5 537.00 2'685.00 soins Taxe environnementale 5 -7.40 -37.00 Subside
cantonal 5 -165.00 -825.00 Du 01.09.2018 au 30.11.2018 Assurance obligatoire des 3
537.00 1'611.00 soins Taxe environnementale 3 -7.40 -22.20 Subside cantonal 3 -165.00
-639.00 TOTAL en CHF 2'550.80 Montant porté en compte sur poursuite n° SI002579283
222.00 Montant total à verser d'ici au 31.10.2018 2'772.80

- 3 - Faute de paiement, ce montant a fait l'objet d'un rappel avec frais de 10 fr. le 19
novembre 2018 et d'une sommation avec frais de 30 fr. le 17 décembre 2018. Le 22 octobre
2018, Mutuel Assurance Maladie SA a adressé à l'assuré une facture de primes, afférente à
décembre 2018, pour le montant de 316 fr. 60. En l'absence de paiement, cette facture a fait
l'objet d'un rappel avec frais de 10 fr., pour le total de 326 fr. 60, le 17 décembre 2018, et
d'une sommation assortie de 30 fr. de frais le 21 janvier 2019, ce qui a porté le montant dû à
346 fr. 60. En l'absence de tout encaissement des sommes facturées auprès de l'assuré,
Mutuel Assurance Maladie SA a procédé au recouvrement de sa créance par réquisition de
poursuite auprès de l'Office des poursuites du district [...] le 2 mars 2019. Un
commandement de payer n° [...] a été notifié à l'assuré le 14 mars 2019 pour les montants
détaillés ci-après : Primes LAMal 04.2018 – 12.2018 CHF 3'089.40 Frais administratifs
CHF 180.00 Intérêts échus CHF 51.15 Frais de poursuite CHF 73.30 Total CHF 3'393.85

Le montant de 3'089 fr. 40 portait intérêts à 5 % dès le 4 mars 2018. L'assuré a formé opposition totale au commandement de payer susmentionné le 21 mars 2019. Par décision du 25 mars 2019, 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° [...].

- 4 - L'assuré s'est opposé à cette décision par correspondance du 10 mai 2019, contestant en particulier les frais de poursuite et alléguant que l'assureur n'avait pas pris en compte intégralement les subsides d'assurance-maladie. Mutuel Assurance Maladie SA a prononcé l'irrecevabilité de l'opposition pour cause de tardiveté, par décision sur opposition du 21 mai 2019. B. B. _____ a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 19 juin 2019, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à Mutuel Assurance Maladie SA pour qu'il soit statué sur ses griefs au fond. Il a au surplus signalé contester les montants afférents aux frais d'ouverture de dossier et de poursuite, estimant que l'assureur s'enrichissait indûment à ses dépens. Mutuel Assurance Maladie SA a reconsidéré sa décision sur opposition du 21 mai 2019 par décision du 13 juillet 2019. Elle a admis la recevabilité de l'opposition formée le 10 mai 2019 et sur le fond, confirmé l'intégralité de sa créance, précisant notamment que les frais administratifs de 180 fr. étaient constitués de 60 fr. de frais de sommation et de 120 fr. de frais d'ouverture de dossier. Elle a ainsi prononcé la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer n° [...]. L'assureur a produit sa réponse au recours le 16 juillet 2019 et fait valoir que la décision de reconsidération du 13 juillet 2019 avait vidé le recours de l'assuré de tout objet. Il a conclu à ce que la cause soit rayée du rôle. L'assuré a réitéré ses griefs sur le fond du litige par écriture du 16 septembre 2019. Par correspondance du 18 septembre 2019, la magistrate instructrice a indiqué à Mutuel Assurance Maladie SA que la décision de

- 5 - reconsidération du 13 juillet 2019 ne faisait pas droit à l'intégralité des prétentions de l'assuré de sorte que la procédure se poursuivait. Elle a invité l'assureur à produire sa réponse sur le fond du recours. Dans le délai imparti, Mutuel Assurance Maladie SA a réitéré le bien-fondé des montants réclamés à l'assuré et implicitement conclu au rejet de son recours. Interpellé par la magistrate instructrice le 23 octobre 2019, l'assureur précité a exposé le 11 novembre 2019 que la somme de 222 fr. déduite de la facture rectificative du 17 septembre 2018 avait trait à la majoration du subside cantonal prononcée le 23 avril 2018 (soit un supplément de 74 fr. par mois entre janvier et mars 2018), laquelle avait été portée en compte sur la poursuite relative au premier trimestre 2018. L'assuré a pour sa part fait valoir, par écriture du 11 novembre 2019, que Mutuel Assurance Maladie SA avait en revanche englobé le montant de 222 fr. dans la créance litigieuse. 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).

- 6 - Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). 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. Suite à la décision de reconsidération du 13 juillet 2019, le litige a pour objet le bien-fondé de la mainlevée de l'opposition au commandement de payer n° [...] relatif aux primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins des mois d'avril 2018 à décembre 2018, ainsi que les frais administratifs et frais de poursuite 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 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

- 7 - 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]). b) Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMaI, 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 LAMaI ; 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 LAMaI) 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 LAMaI, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes et des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins

un rappel écrit ; il lui impartit un

- 8 - 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, 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 encore en souffrance pour la période s'étendant d'avril 2018 à décembre 2018, sur laquelle porte la poursuite n° [...]. Une autre procédure de poursuite a trait en revanche aux mois de janvier 2018 à mars 2018, lesquels ne sont pas compris dans le présent litige. Contrairement à ce que soutient le recourant, il apparaît que le montant de 222 fr., afférent au premier trimestre de l'année 2018, a été déduit par l'intimée sur sa facture rectificative du 17 septembre 2018, cette somme ne concernant pas la période visée s'étendant d'avril 2018 à novembre 2018. Le recourant ne conteste au surplus pas devoir 2'772 fr. 80 pour cet intervalle. Dès lors, la créance de 3'089 fr. 40 réclamée par l'intimée pour la période d'avril 2018 à décembre 2018 (2'772 fr. 80 + 316 fr. 60) est bien fondée et peut être ici confirmée.

- 9 - 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 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 septembre 2018, 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 180 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. c) 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).

- 10 - d) Il convient en conséquence de confirmer les montants de 180 fr. de frais administratifs et de 73 fr. 30 de frais de poursuite réclamés par l'intimée à l'issue du commandement de payer n° [...]. 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 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) On ajoutera, à toutes fins utiles que l'intimée est légitimée à facturer des intérêts moratoires conformément à l'art. 26 LPGA précité. Ce faisant in casu, elle a appliqué le taux légal de sorte que les intérêts calculés n'apparaissent pas critiquables. 6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de reconsidération du 13 juillet 2019, remplaçant la décision litigieuse, 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, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la

- 11 - 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'est déjà prononcée dans le cadre de deux arrêts (AM 31/2018 – 56/20018 du 19 décembre 2018 et AM 6/19 – 19/2019 du 6 mai 2019) l'opposant à l'intimée. L'attitude du recourant, qui revient en définitive à faire abstraction d'arrêts cantonaux entrés en force, confine à la témérité, ainsi que la Cour le lui a déjà indiqué dans son précédent arrêt du 6 mai 2019. Le recourant est dès lors derechef 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).

- 12 - Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision de reconsidération rendue le 13 juillet 2019 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.