

## VD\_GERICHTE ZE25.056695 vom 2. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE25.056695](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE25.056695)

FR: VD\_GERICHTE ZE25.056695 du 2 mars 2026

IT: VD\_GERICHTE ZE25.056695 del 2 marzo 2026

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZE25.\*\*\* 211 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

\_\_\_\_\_ Arrêt du 2 mars 2026 Composition  
: Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique Greffière : Mme Lopez \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : A. \_\_\_\_\_, à S\*\*\*, recourant, et OKK KRANKEN- UND  
UNFALLVERSICHERUNGEN AG, à Landquart, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 29 al. 1  
Cst. ; art. 56 al. 2 LPGA 10J001

- 2 - En fait : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a été affilié à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès d'ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (ci-après : ÖKK ou l'intimée) à compter du 1er août 2017 (cf. notamment courrier du 10 octobre 2017 d'ÖKK à l'assuré confirmant son affiliation ; police d'assurance 2017 du 11 octobre 2017 ; courriel du 24 mai 2018 d'ÖKK à l'assuré ; police d'assurance 2018 du 24 mai 2018). A la suite du départ à l'étranger de l'assuré, son affiliation a pris fin le 30 septembre 2018 (cf. courriel du 29 juillet 2019 d'ÖKK confirmant à l'assuré la fin de son affiliation). B. Le 7 décembre 2024, l'assuré a adressé à l'agence de Lucerne d'ÖKK un courrier dans lequel il lui a réclamé le remboursement de 5'270 fr. au titre de primes versées indûment entre juillet 2017 et juillet 2020. Il a exposé que son séjour dans le canton de Q\*\*\* au cours de la période précitée n'avait pas été reconnu par les autorités cantonales, qu'il était au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse depuis seulement juillet 2020 et qu'en conséquence il n'était pas tenu de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins avant juillet 2020. Sur requête de l'assuré, ÖKK s'est vu notifier, le 17 juin 2025, un commandement de payer d'un montant de 6'063 fr. 60, avec intérêts à 5 % dès le 9 décembre 2024, au titre de primes versées indûment. Ce commandement de payer a fait l'objet d'une opposition. Par décision du 29 août 2025, le Tribunal régional de C\*\*\* a rejeté une requête du 16 juillet 2025 de l'assuré tendant à la mainlevée provisoire de l'opposition formée par ÖKK dans la poursuite précitée. Dans un courrier du 7 septembre 2025, se référant à son précédent courrier du 7 décembre 2024, l'assuré a demandé à ÖKK le remboursement du montant de 6'063 fr. 60, plus intérêts à 5 % dès le 9 décembre 2024, en lui fixant un délai de dix jours pour procéder au paiement. 10J001

- 3 - Dans un courrier du 9 novembre 2025, l'assuré a requis d'ÖKK qu'elle rende une décision formelle concernant son affiliation et le paiement des primes pour la période de 2017 à 2020, en réitérant que des primes avaient été prélevées sans fondement dès lors qu'il n'était pas tenu de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins durant cette période. C. Par acte du 24 novembre 2025, A. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en requérant la constatation qu'il n'était pas assujéti à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) entre 2017 et juillet 2020, à la reconnaissance du caractère indu des primes LAMal perçues par l'intimée pour cette période, au remboursement intégral des montants

prélevés à tort, à savoir 6'063 fr. 60 avec intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 9 décembre 2024, et à la condamnation de l'intimée aux frais et dépens de la procédure pour non-respect de ses obligations légales en matière d'assurance sociale et absence de traitement équitable du litige malgré plusieurs relances amiables. A l'appui de son recours, il a produit un lot de pièces. Le même jour, il a déposé une demande d'assistance judiciaire tendant à l'exonération des frais judiciaires et de la totalité des avances et sûretés. Le 26 janvier 2026, l'intimée a déposé une réponse dans laquelle elle a en substance contesté la demande du recourant tendant au remboursement du montant de 6'063 fr. 60. Dans sa réplique du 2 février 2026 (date du sceau postal), le recourant a fait valoir que son recours portait uniquement sur un déni de justice en lien avec le refus de l'intimée de rendre une décision formelle malgré ses demandes expresses et répétées. Il a conclu à ce qu'il soit constaté que l'intimée a commis un déni de justice formel, à ce qu'ordre soit donné à cette dernière de rendre une décision sur l'existence ou l'absence de son assujettissement à l'assurance-obligatoire des soins avant 10J001

- 4 - juillet 2020 ainsi que sur les conséquences juridiques de cet assujettissement et enfin à ce qu'il soit statué sur les frais et dépens conformément au droit fédéral. En droit : 1. a) La LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGa), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGa). En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'espèce, l'acte de recours comporte des conclusions tendant à la constatation que le recourant n'était pas soumis à l'assurance obligatoire des soins entre 2017 et juillet 2020 ainsi qu'au remboursement des primes d'assurance versées à l'intimée pour cette période. Ces conclusions sont irrecevables, dans la mesure où ces questions n'ont pas fait l'objet d'une décision de l'intimée. A noter que le recourant y a renoncé dans sa réplique, en déclarant que son recours portait exclusivement sur un déni de justice. Il y donc lieu d'examiner le recours pour déni de justice. 10J001

- 5 - c) Selon l'art. 56 al. 2 LPGa, un recours peut être formé lorsque malgré la demande de l'intéressé, l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90). En l'espèce, le recours pour déni de justice a été interjeté auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa), de sorte qu'il est recevable. 2. L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1

CEDH (Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101) - qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue -, cette disposition consacre le principe de la célérité en ce qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 135 I 265 consid. 4.4 ; 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 ; TF 9C\_501/2023 du 21 octobre 2024 consid. 4.2 ; TF 9C\_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.2). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour la personne intéressée ainsi que le comportement de cette dernière et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient à l'administré d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une 10J001

- 6 - procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 2C\_227/2020 du 21 août 2020 consid. 9.2 ; TF 9C\_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.1). 3. En l'espèce, il ressort des pièces produites par l'intimée que l'assuré a été affilié à l'assurance obligatoire des soins auprès de la prénommée du 1er août 2017 au 30 septembre 2018, sans que le recourant ait contesté son affiliation à l'époque. Il s'est du reste acquitté des primes d'assurance y relatives. On ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir rendu à l'époque une décision formelle d'affiliation dès lors que cette question n'était pas litigieuse. Il ressort ensuite des éléments versés au dossier, en particulier des pièces produites par le recourant, que ce n'est qu'en décembre 2024 qu'il a contesté son affiliation auprès de l'intimée survenue plusieurs années plus tôt. En décembre 2024, il a ainsi réclamé le remboursement des primes qu'il estime avoir été versées à tort. L'intimée n'ayant pas donné suite à sa demande de paiement, le recourant a entamé une poursuite à l'encontre de la prénommée en juin 2025 et a sollicité la mainlevée de l'opposition devant le tribunal compétent en matière de poursuite. Il ne ressort pas des pièces produites qu'il aurait adressé au préalable des rappels à l'intimée ou sollicité d'elle qu'elle rende une décision sur la problématique de son affiliation et du remboursement des primes. Ce n'est qu'après la décision de refus de mainlevée du 29 août 2025 que le recourant s'est à nouveau adressé directement auprès de l'intimée, le 7 septembre 2025, en lui impartissant un délai de dix jours pour procéder au remboursement de primes sollicité, sans requérir expressément qu'une décision ne soit rendue. Il a ensuite écrit le 9 novembre 2025 à la prénommée pour demander qu'une décision soit rendue sur ses prétentions. En faisant valoir ses prétentions par la voie des poursuites, plutôt que d'interpeller à nouveau directement l'intimée, le recourant n'a pas signifié à cette dernière qu'il attendait d'elle qu'elle rende une décision pour pouvoir ensuite agir par la voie d'un recours auprès du tribunal des assurances. Ce n'est que le 9 novembre 2025 qu'il a sollicité une décision sujette à recours. Le recours 10J001

- 7 - pour déni de justice, déposé quinze jours plus tard, apparaît ainsi infondé au vu des circonstances. On ne saurait par ailleurs retenir un retard déraisonnable dans le traitement du dossier entre le 7 septembre 2025 et le dépôt du recours, d'autant moins que les prétentions du recourant portent sur une période qui remonte à plus de cinq ans, ce qui est de nature à complexifier le traitement du dossier. En conclusion, on ne saurait considérer

que l'intimée a commis un déni de justice. Son attention est toutefois attirée sur son obligation de rendre rapidement une décision, susceptible de faire l'objet d'une opposition, sur les prétentions du recourant en remboursement des primes payées à tort selon ce dernier, étant observé que les arguments liés à la prescription et au bien-fondé de l'affiliation soulevés par l'intimée dans sa réponse ne sont pas recevables pour l'examen du présent recours pour déni de justice et relèvent de la décision au fond qui doit être rendue. 4. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité. Il peut être renoncé à la perception de frais de justice au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD), ce qui rend la demande d'assistance judiciaire du recourant sans objet. Le recourant n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité. II. La demande d'assistance judiciaire est rejetée. 10J001

- 8 - 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 à : - A. \_\_\_\_\_, - ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, - 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 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière : 10J001

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