

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juillet 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

A.H. _____, à Lausanne, recourante

et

I. _____ **AG**, à Zurich, intimée

Art. 29 al. 1 Cst ; 56 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. A.H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 23 avril 1977, est assurée pour l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie auprès de la caisse-maladie I. _____ AG (ci-après : I. _____ AG, la caisse ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 2007. Le montant de sa prime mensuelle 2008 s'élevait à 325 fr. 40. Elle est par ailleurs également assurée complémentirement auprès d'I. _____ AG depuis le 1^{er} janvier 2008, pour une prime mensuelle de 39 fr. 90.

La fille de l'assurée, B.H. _____, est assurée auprès de cette même caisse pour l'assurance de base depuis le 1^{er} janvier 2007 et pour l'assurance complémentirement dès le 1^{er} janvier 2008. L'assurée n'a toutefois été responsable du paiement des primes d'assurance de sa fille que jusqu'à fin janvier 2007, B.H. _____ ayant été prise en charge dès cette date par le Service de protection de la jeunesse (SPJ). Quant au compagnon de l'assurée, R. _____, il avait initialement été affilié auprès d'I. _____ AG depuis le 1^{er} janvier 2008. Toutefois, suite à l'attestation émise par J. _____ le 10 juin 2008, selon laquelle R. _____ était assuré auprès d'elle, son affiliation auprès d'I. _____ AG a été annulée en novembre 2008, rétroactivement à la date de son affiliation. Les primes d'assurance LAMal et LCA de B.H. _____ et de R. _____ ont initialement été facturées à l'assurée, à tort. Les montants en question lui ont toutefois été crédités par la suite, en date des 9 août et 8 novembre 2008.

Suite à divers arriérés de primes et prestations en 2007, plusieurs poursuites ont été introduites contre l'assurée, dont certaines ont abouti à des actes de défaut de biens. L'assurée s'est toutefois acquittée régulièrement de ses primes 2008. Suite à des problèmes engendrés par un changement de programme informatique à I. _____ AG, elle a néanmoins fait l'objet de poursuites pour le montant de ses primes 2008. Plusieurs commandements de payer lui ont en effet été notifiés, auxquels l'assurée n'a pas toujours fait opposition. Elle ne s'est

par ailleurs jamais opposée aux décisions de mainlevée provisoire, de sorte que la caisse a pu demander la continuation des poursuites.

Suite à une requête présentée par l'assurée à l'Ombudsman dans une lettre du 24 décembre 2008, ce dernier a demandé à I._____ AG, dans un courrier daté du 6 janvier 2008 [recte : 2009], d'établir un état de la situation de l'assurée. A la demande de la caisse, l'Ombudsman lui a ensuite transmis les justificatifs concernant le paiement des primes 2008.

Le 2 février 2009, l'assurée a fait parvenir à I._____ AG un courrier dont la teneur est la suivante :

« Je me réfère aux diverses poursuites et saisies engagées par vous contre moi, ainsi qu'à vos décomptes finaux des 7 et 8 janvier 2009, aux termes je ne vous devrais plus que frs 82.70 plus 70.-.

Je conteste ces décomptes, dès lors qu'ils concernent des intérêts de retard et des frais administratifs. Or, j'ai toujours été à jour dans mes paiements. J'inspire que vos factures concernent mon ami, Mr R._____, lequel est toutefois assuré chez J._____.

Actuellement vos prestations ainsi que ma carte de pharmacie et celle de ma fille B.H._____, née le 01.04.2000 sont bloquées en raison de ce qui précède, ce qui est inadmissible.

Je vous impartis un délai jusqu'au 07.02.2009 pour débloquent tout cela, ainsi que pour radier toutes les poursuites ou alors, rendre une décision susceptible de contestation. A défaut, j'utiliserai immédiatement, vu l'urgence exposée au paragraphe suivant, l'art. 56 al. 2 LPGA.

Vu mon asthme, j'ai un besoin urgent de médicaments, qui coûtent environ 400 frs. / mois et dont je ne peux me passer. Votre blocage me pose donc un préjudice, car je n'ai comme ressource qu'environ 2'000 frs par mois, ce qui exclut que je puisse avancer la somme. »

B. Par acte du 10 février 2009, A.H._____ a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre I._____ AG pour déni de justice, au motif que la caisse ne reconnaissait pas ses torts, malgré de multiples tentatives de la recourante pour les lui démontrer.

Le 12 février 2009, l'intimée a informé la recourante que ni elle ni sa fille ne faisaient l'objet d'une suspension de prestations LAMal, et que son service juridique procédait en ce moment à la vérification de son dossier. Le même jour, la caisse a également retiré toutes les réquisitions de continuer les poursuites engagées contre l'assurée.

Le 19 février 2009, la caisse a fait parvenir à l'Ombudsman un courrier dans lequel elle confirme que la recourante présente au 31 décembre 2008 un solde de primes et prestations en faveur de l'intimée d'un montant de 1'583 fr. 60. Ni la recourante ni sa fille n'ont toutefois fait l'objet de suspension de prestations LAMal, et les primes concernant B.H. _____ et R. _____, initialement facturées à tort à la recourante, ont bien été créditées par la suite à la recourante. Quant aux poursuites engagées contre elle concernant ses primes 2008, I. _____ AG s'en explique comme suit :

« La gestion comptable du dossier de Mme A.H. _____ a posé divers problèmes, non seulement en raison des diverses mutations qui ont dû être enregistrées, ce qui a généré des corrections rétroactives (annulation du contrat de B.H. _____, annulation du contrat de M. R. _____, annulation du rabais de famille, suppression des LCA), mais également et surtout en raison du fait que Mme A.H. _____ a acquitté en 2008 les douze montants de Fr. 330.60 avec pour référence l'ancien compte d'I. _____ AG. Elle a apparemment utilisé, électroniquement, le même ancien bulletin pour effectuer chaque paiement.

En effet, suite à la reprise d'I. _____ AG par D. _____, la gestion comptable informatique a changé dès janvier 2008 et les assurés en avaient été informés.

Dans le cas de Mme A.H. _____, les douze versements de Fr. 330.60 ont donc été enregistrés dans l'ancien système comptable, raison pour laquelle des poursuites ont été engagées pour les primes dès janvier 2008, lesquelles étaient gérées par le nouveau système comptable, au crédit duquel aucun montant n'avait été porté.

Il sied encore de relever que Mme A.H. _____ présentait en 2007 des arriérés de primes et prestations, raison pour laquelle la plupart des paiements de 2008 ont été attribués aux arriérés 2007. I. _____ AG avait toute latitude d'imputer les paiements de 2008 aux dettes les plus anciennes. Les arriérés 2007 avaient donné lieu à diverses poursuites, dont certaines avaient abouti à des actes de défaut de biens. Cependant, vu l'attribution des paiements 2008 aux arriérés 2007, ces ADB n'ont pas été soumis à l'OCC.

Considérant les difficultés de communications rencontrées avec I. _____ AG, nous sommes disposés à considérer que les douze paiements de 2008 étaient destinés aux primes 2008, de sorte que la suppression des assurances complémentaires devait être annulée. Cependant, il va de soi qu'il existe un solde dû qui devra être réglé, soit par l'assurée elle-même, soit par l'OCC après soumission des ADB en notre possession. Nous sommes également disposés à renoncer à certains frais et intérêts. »

Dans sa réponse du 9 avril 2009, I. _____ AG a conclu au rejet du recours.

L'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie (OCC) ayant par la suite réglé le montant dû par la recourante pour ses arriérés de primes et prestations 2007, les poursuites introduites contre la recourante ont été radiées par l'intimée.

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 (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) auprès du tribunal des assurances compétent, soit celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

En l'espèce, le recours du 10 février 2009 est formé pour déni de justice formel, soit pour défaut de décision de la part de la caisse intimée (art. 56 al. 2 LPGA). Déposé auprès du tribunal compétent, 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 (art 2 al.1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 francs, la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229, consid. 2.3). Cette disposition prohibe le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer (ATF 117 la 116, consid. 3a ; 107 Ib 160, consid. 3b et les références citées). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407, consid. 1.1 et les références citées ; 130 I 312, consid. 5.1 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le caractère raisonnable ou adéquat du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances, lesquelles commandent généralement une évaluation globale ; sont notamment déterminants, entre autres critères, le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé, ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié ; on ne saurait par ailleurs reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure (ATF 130 I 312, consid. 5.2 et les références citées ; TF 8C_613/2009 du 22 février 2010, consid. 2.2). Dans

le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité (ATF 126 V 244, consid. 4a et les références ; TF 8C_613/2009 du 22 février 2010, consid. 2.3), lequel ne peut toutefois l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311, consid. 5b). L'intérêt juridiquement protégé, dans le cadre d'un recours contre un refus de statuer ou pour retard injustifié, est celui d'obtenir une décision qui puisse être déférée à une autorité judiciaire de recours, indépendamment du point de savoir si, sur le fond, le recourant obtiendra gain de cause (ATF 125 V 118, consid. 2b).

3. La recourante reproche à l'intimée de n'avoir pas, au terme du délai de cinq jours qu'elle lui avait imparti dans son courrier du 2 février 2009, débloqué sa carte de pharmacie, ainsi que celle de sa fille, ni retiré les poursuites introduites contre elle pour non paiement de ses primes 2008, ni même, à défaut, rendu sur ces points une décision susceptible d'être contestée.

a) Selon l'art. 49 al. 1 LPGa, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Quant aux prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par cette disposition, elles peuvent être traitées selon une procédure simplifiée, l'intéressé pouvant exiger, en ce qui concerne l'assurance-maladie, qu'une décision soit rendue dans les trente jours (art. 51 LPGa et 127 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). Par ailleurs, si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGa).

Concernant les cartes de pharmacie, il convient de relever que l'intimée a informé la recourante, par un courrier du 12 février 2009, soit dix jours à peine après avoir reçu la requête de la recourante, que ni sa carte ni celle de sa fille n'avaient été bloquées, leur police d'assurance respective n'ayant fait l'objet d'aucune suspension de prestations. Dès lors

qu'aucune prestation, créance ou injonction n'avait à être fixée par l'intimée au sujet des cartes de pharmacie, et que la recourante n'avait rendu vraisemblable aucun intérêt digne d'être protégé à obtenir une décision en constatation à ce sujet, force est de constater que l'intimée n'avait pas à rendre de décision sur ce point.

b) Aux termes de l'art. 74 al. 1 LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1), le débiteur poursuivi qui conteste un commandement de payer doit, verbalement ou par écrit, former opposition à celui-ci par déclaration immédiate à celui qui le lui remet ou à l'office dans les dix jours. Selon l'article 80 LP, le créancier au bénéfice d'un jugement exécutoire peut ensuite requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition formée à la poursuite. En vertu de l'article 54 al. 2 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'article 80 LP. D'après l'art. 54 al. 1 let. a LPGA, les décisions sont exécutoires lorsqu'elles ne peuvent plus être attaquées par une opposition ou un recours. L'intimée, qui est une caisse maladie reconnue par le Département fédéral de l'intérieur (art. 12 al. 1 LAMal) est compétente pour rendre des décisions au sens de l'art. 49 LPGA. Elle est également habilitée à lever elle-même l'opposition au commandement de payer par une décision sujette à opposition selon l'art. 52 LPGA (ATF 107 III 60 ; ATF 121 V 109). Par ailleurs, lorsque la poursuite n'est pas suspendue par l'opposition ou par un jugement, le créancier peut en requérir la continuation à l'expiration d'un délai de 20 jours à compter de la notification du commandement de payer (88 al. 1 LP).

Concernant les poursuites introduites contre la recourante pour non paiement des primes 2008, il n'est pas contesté par cette dernière qu'elle n'a, dans certains cas, pas formé opposition contre les commandements de payer qui lui ont été notifiés, qui sont ainsi entrés en force. Elle n'a par ailleurs jamais contesté les décisions de mainlevée d'opposition rendues par la caisse, qui sont ainsi également entrées en force. Dans tous les cas, les poursuites introduites contre la recourante ont

donc pu, à juste titre, être continuées sans que l'intimée ait été tenue de rendre à leur sujet d'autre décision susceptible d'être contestée par la recourante.

c) Pour le surplus, il apparaît que le dossier de la recourante a été traité par l'intimée avec toute la diligence nécessaire. En effet, interpellée par l'Ombudsman le 6 janvier 2009 au sujet du cas de la recourante, l'intimée lui a répondu moins d'un mois et demi plus tard, le 19 février 2009, soit dans un délai tout à fait raisonnable, compte tenu des diverses vérifications comptables à effectuer.

4. a) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimée n'était en aucune façon tenue de rendre de décision sur les points soulevés par la recourante, dont elle a de surcroît traité le dossier avec diligence. Le recours pour déni de justice est dès lors mal fondé et doit être rejeté.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 et 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante, déboutée, n'a pas droit à des dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. 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.H. _____,
- I. _____ 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 :