

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juin 2011

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.W.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par **B.W.**\_\_\_\_\_

et

**Y.**\_\_\_\_\_, société du Groupe **J.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée

---

**Art. 52 al. 1, 61 let. a LPGA ; 10 al. 1 et 5 OPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A.W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 17 mars 2007, est assurée auprès de la caisse-maladie Y.\_\_\_\_\_, société du Groupe J.\_\_\_\_\_ (ci-après : la caisse), pour l'assurance obligatoire de soins selon la LAMal (loi fédérale du 8 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). En septembre 2007, l'assurée a été hospitalisée en Tunisie. Le 21 octobre 2008, la caisse a écrit au père de l'assurée, B.W.\_\_\_\_\_, que les frais de l'hospitalisation de sa fille en Tunisie étaient couverts par l'assurance à concurrence de 1'403 fr. 70, pour une facture totale de 1'793 fr. 70. La différence de 390 fr. était justifiée par le fait que cette somme correspondait à des frais d'accompagnement, qui sont couverts uniquement par les assurances complémentaires, dont l'assurée ne bénéficiait pas. Il était également précisé que, sur le montant de 1'403 fr. 70, la quote-part s'élevait à 140 fr. 35.

Le 16 février 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de son représentant légal, a recouru pour déni de justice, sollicitant que la caisse lui restitue un montant de 1'375 fr., incluant une différence résultant du cours du change, les 390 dinars qui lui avaient été facturés pour couvrir les frais concernant la présence obligatoire à l'hôpital de la mère d'A.W.\_\_\_\_\_ aux côtés de sa fille, ainsi que quatre autres factures d'un montant total de 460.398 dinars.

Le 24 mars 2009, la caisse a rendu une décision, dans laquelle elle a exposé avoir appliqué le taux de change au jour de l'émission de la facture. Elle a toutefois admis s'être trompée dans le décompte, s'agissant des frais d'accompagnement, qui s'élevaient en réalité à 372 fr. et non à 390 fr. comme retenu sur le décompte du 21 octobre 2008, d'où une correction de 18 francs. La caisse expliquait encore qu'elle verserait également, en sus du montant déjà payé, la somme de 438 fr. 60, correspondant aux quatre factures d'un total de 460 dinars.

Le 27 mars 2009, la caisse a établi un décompte, selon lequel elle devait encore verser à l'assurée un montant de 455 fr. 95, correspondant aux quatre factures susmentionnées, ainsi qu'au résultat de la correction du décompte pour les frais d'hospitalisation. Le 4 avril 2009, B.W.\_\_\_\_\_ a adressé une lettre à la Cour des assurances sociales, dans laquelle il a déclaré ne pas comprendre le courrier de la caisse du 24 mars 2009 et réclamer toujours le remboursement de 1375 francs. Cette lettre a été transmise par la Cour de céans à la caisse, comme objet de sa compétence. Le 15 avril 2009, la Cour de céans a également rayé du rôle la cause introduite le 16 février 2009 par B.W.\_\_\_\_\_ contre Y.\_\_\_\_\_ pour déni de justice, l'intimée ayant rendu une décision formelle en cours de procédure.

Le 8 mai 2009, la caisse a écrit à l'assurée que son opposition du 4 avril 2009 ne contenait pas d'argumentation compréhensible, en ce sens qu'elle ne permettait pas de comprendre pourquoi elle contestait la décision du 24 mars 2009. La caisse réitérait les calculs, expliquant que le montant réclamé par l'assurée avait déjà été versé, sous réserve d'un montant de 513 fr., soit 372 francs non pris en charge puisque non couverts par la police d'assurance et 141 fr. à titre de quote-part. La caisse considérait dès lors que l'opposition formée par le représentant légal de l'assurée n'était pas compréhensible et impartissait à cette dernière un délai au 29 mai 2009 pour lui adresser une motivation topique et des conclusions.

Le 5 juin 2009, la caisse a rendu une décision sur opposition, plus exactement une décision d'irrecevabilité, se fondant sur l'art. 10 al. 1 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), selon lequel l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. La caisse expliquait que l'argumentation doit être susceptible de mener à la réforme ou à l'annulation de la décision incriminée, et que les motifs doivent exposer succinctement en quoi l'acte attaqué violerait le droit. Il appartient en effet à l'opposant de prendre position par rapport à la décision incriminée et d'expliquer en quoi et pourquoi il s'en prend à celle-ci. Constatant que

l'assurée n'avait pas motivé son opposition, la caisse a dès lors déclaré cette dernière irrecevable.

**B.** Par acte du 11 juillet 2009, B.W.\_\_\_\_\_, agissant au nom de sa fille A.W.\_\_\_\_\_, a recouru contre cette décision sur opposition, en formulant des prétentions financières. Il a notamment produit un courrier daté du 29 mai 2009 adressé à l'intimée, dans lequel il réitère les mêmes prétentions que celles contenues dans son acte de recours pour déni de justice du 16 février 2009, sans les motiver.

Par réponse du 8 septembre 2009, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, se prévalant de l'absence de motivation de celui-ci, d'un point de vue tant formel que matériel. En effet, la recourante ne ferait que formuler une nouvelle fois ses revendications matérielles, sans même les motiver par ailleurs, alors que les motifs à invoquer dans le cadre d'un recours contre une décision d'irrecevabilité doivent porter sur la recevabilité de l'opposition, c'est-à-dire sur l'obligation de l'autorité d'entrer en matière. Considérant que l'assurée avait fait preuve de légèreté au sens de l'art. 61 let. a LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), l'intimée a également conclu à ce que les frais de la procédure soient mis à la charge de celle-ci, ainsi qu'une indemnité de dépens d'un montant laissé à l'appréciation du Tribunal, mais d'au moins 1'000 francs.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, ce délai apparaît respecté, au vu

de la fin du délai de garde de sept jours prévu par les conditions générales de La Poste (Conditions générales "Prestations du service postal", ch. 2.3.7), qui a échu le 13 juin 2009 au plus tôt, la décision attaquée étant datée du 5 juin 2009.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs, comme en l'espèce, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

La décision querellée déclare irrecevable l'opposition interjetée par le recourant le 4 avril 2009 à l'encontre de la décision de la caisse intimée du 24 mars précédent. Son objet, soit la recevabilité ou non de l'opposition, définit et limite celui de la présente cause. Il s'ensuit que le recourant est autorisé à invoquer uniquement des moyens relatifs à cet objet, à l'exception de griefs qui auraient trait, notamment, au fond de l'affaire. En l'occurrence, l'intimée fait valoir que le recours est irrecevable, parce qu'il contient des arguments de fond. Ce point ne sera toutefois pas examiné plus avant, dès lors le recours doit être rejeté, pour les motifs qui seront exposés dans ce qui suit.

**2. a)** Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Se fondant sur la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, le Conseil fédéral a édicté les art. 10 à 12 OPGA relatifs à la forme et au contenu de l'opposition, ainsi qu'à la procédure d'opposition. L'art. 10 al. 1 OPGA prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit à

l'assuré un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 118, consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 2 ss ad art. 52, avec les références ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, 2<sup>e</sup> édition, Berne 2002, p. 533 n. 5.3.2.2 ; Grisel, Traité de droit administratif, vol. II, p. 939). Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant (voir cependant Kieser, op. cit., n. 13 ad art. 52) ; à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité n'aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales (art. 28 al. 1 et 43 al. 3 LPGGA ; Marco Reichmuth, ATSG - [erste] Erfahrungen in der IV, in : Schaffhauser/Kieser (édit), Praktische Anwendungsfragen des ATSG, St-Gall 2004, p. 44), et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGGA pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurance sociale (ATF 123 V 128, consid. 3 et les références ; voir également, en matière d'assurance-accidents, l'art. 130 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

En l'occurrence, dans son opposition du 4 avril 2009, la recourante se borne à réclamer la somme de 1'375 francs. Elle n'en explique pas le fondement et ne donne aucun argument, ne serait-ce que

factuel à défaut d'être juridique, pour justifier son opposition à la décision rendue. Dans la procédure de recours, la recourante a produit un courrier qu'elle aurait envoyé, pour motiver son opposition, en date du 29 mai 2009 à l'intimée, mais dont cette dernière ne paraît pas avoir eu connaissance. Il convient toutefois de relever que ce courrier, qui se borne à émettre, une fois de plus sans aucune justification, les mêmes prétentions financières à l'encontre de l'intimée, ne répond pas non plus aux exigences de motivation découlant des dispositions légales précitées. Quant à l'acte de recours, les arguments qu'il contient ne concernent pas la recevabilité de l'opposition, alors que l'objet du recours est limité à cette question.

Par conséquent, les moyens du recourant, qui n'ont trait qu'au fond de l'affaire, ne seront pas examinés. Force est donc de constater que c'est à juste titre que l'intimée a déclaré l'opposition irrecevable. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**b)** Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-maladie devant le tribunal des assurances est gratuite ; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Agit par témérité ou légèreté la partie qui, en faisant preuve de l'attention et de la réflexion que l'on peut attendre d'elle, sait ou devait savoir que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions n'étaient pas conformes à la vérité ou qui, malgré l'absence évidente de toute chance de succès, persiste dans sa volonté de recourir (TF 9C\_573/2007 du 30 novembre 2007). En l'occurrence, la recourante a certes agi sans respecter les formes. Il n'en demeure pas moins qu'elle a agi sans être représentée par un mandataire professionnel et que la procédure n'est pas simple. Dans ces conditions, on ne peut considérer qu'elle a agi par témérité ou légèreté. Les frais de la présente procédure ne seront donc pas mis à sa charge. Selon les art. 52 et 56 al. 3 LPA-VD, les collectivités publiques, auxquelles doivent être assimilées les

autorités chargées de l'exécution des tâches publiques, telles que les assureurs-maladie dans le cadre de l'exécution de la LAMal, n'ont pas droit à des dépens, sauf s'ils agissent pour défendre leurs intérêts patrimoniaux, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. La caisse intimée n'a donc pas droit à des dépens.

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- B.W. \_\_\_\_\_ (pour A.W. \_\_\_\_\_),
- Y. \_\_\_\_\_, société du Groupe J. \_\_\_\_\_,
- 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 :